

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Kommt es bei der Beantwortung der Fragen zu Unsicherheiten helfen wir Ihnen gerne weiter.

Name, Vorname: _____

Ggf. Geburtsname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Beruf: _____

Telefon/Handy: _____

E-Mail: _____

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen? Wenn ja, seit wann.

Herz/Kreislaufkrankungen

NEIN Ja, _____

Stoffwechselerkrankungen

NEIN Ja, _____

Erkrankungen der Atemwege

NEIN Ja, _____

Erkrankungen des Nervensystems/ Neurologische Erkrankungen

NEIN Ja, _____

Rauchen, regelmäßiger Alkoholkonsum

NEIN Ja, _____

Allergie/Unverträglichkeit auch gegen Medikamente

NEIN Ja, _____

Andere Erkrankungen? Schwerbehinderung (Grad/Sonderzeichen),
Pflegegrad?

NEIN Ja, _____

Therapieplan:

Nehmen Sie Medikamente ein und/oder erhalten Sie eine medizinische
Therapie?

NEIN Ja, bitte ausfüllen:

Medikament/Dosis/Einnahme

Medikament	Dosis/mg	Morgens	Mittags	Abends	Zur Nacht

Vor- mitbehandelnde Ärzte?

NEIN Ja,

Gibt es etwas Wichtiges, dass Sie uns noch mitteilen möchten?

NEIN Ja,

Bitte geben Sie den Fragebogen an der Anmeldung ab. Wir danken Ihnen für Ihre Mühe.

Ihr Praxisteam HAUSÄRZTE-CÖLBE