

## 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