



## GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

### PATIENT

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  männlich  weiblich

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Beruf (erlernt): \_\_\_\_\_

Beruf (derzeit ausgeübt): \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_

Kinder:  ja  nein

### Angaben des Versicherungsnehmers:

Vorname/Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung  gesetzlich

privat  Basistarif

Name der Versicherung: \_\_\_\_\_

beihilfeberechtigt  ja  nein

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte füllen Sie diesen Gesundheitsfragebogen möglichst vollständig aus. Alle Angaben sind freiwillig. Ihre Antworten erleichtern es, die richtige Diagnose zu stellen und die beste Behandlung für Sie auszuwählen. Selbstverständlich fallen alle Ihre Angaben unter die ärztliche Schweigepflicht. Sollte Ihnen etwas unklar sein, wenden Sie sich bitte an uns, wir helfen Ihnen gerne.

Ihr Praxisteam

Wenn Sie mit ja antworten,  
bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen ja nein

1. Große/wichtige Operationen  ja  nein

(ungefähr wann/welche?) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Sind bei Ihnen Allergien (Umweltallergene/  
Lebensmittel/Medikamente) bekannt?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Konsumieren Sie regelmäßig Nikotin  ja  nein

(Zigaretten, E-Zigaretten, Zigarren etc.)

4. Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol?  ja  nein

5. Konsumieren Sie regelmäßig andere Drogen?  ja  nein

6. Welche Medikamente nehmen Sie  
regelmäßig ein?

Medikament/Wirkstoffstärke Wann Einnahme und wie oft?  
(z.B. 10mg)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm

8. Gewicht: \_\_\_\_\_ kg



### GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

An welchen der folgenden aufgeführten Erkrankungen leiden oder litten Sie (bitte ankreuzen)?

- 9. Bluthochdruck
- 10. Herzerkrankungen 
  - 10.1 Herzinfarkt
  - 10.2 KHK (Herzkranzgefäßerkrankung)
  - 10.3 Herzrhythmusstörungen
  - 10.4 andere \_\_\_\_\_
- 11. Schlaganfall
- 12. Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)
- 13. Chronische Atemwegserkrankungen 
  - 13.1 Asthma bronchiale
  - 13.2 COPD
  - 13.3 andere \_\_\_\_\_
- 14. Nierenerkrankungen
- 15. Gicht
- 16. Rheuma
- 17. Osteoporose

An welchen der folgenden aufgeführten Erkrankungen leiden oder litten Sie (bitte ankreuzen)?

- 18. Schilddrüsenerkrankungen
- 19. Migräne / Clusterkopfschmerz
- 20. Psychische Erkrankungen 
  - 20.1 Depressionen
  - 20.2 andere \_\_\_\_\_
- 21. Anfallsleiden (Epilepsie)
- 22. Schlaf-Apnoe-Syndrom
- 23. Tumorleiden (Krebs)
- 24. Thrombosen / Blutgerinnungsstörungen
- 25. Infektionskrankheiten 
  - 25.1 HIV
  - 25.2 Hepatitis
  - 25.3 Tbc (Tuberkulose)
  - 25.4 andere \_\_\_\_\_
- 26. andere Erkrankungen, welche? \_\_\_\_\_   
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- persönliche Empfehlung von \_\_\_\_\_
- Internet/Homepage
- Telefonbuch/Das Örtliche
- Gelbe Seiten
- sonstiges: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_