

Herzlich willkommen im MVZ Erfde!

Um Sie optimal beraten und behandeln zu können, möchten wir Sie bitten, uns die folgenden Fragen zu beantworten.

Bitte bringen Sie diesen Fragebogen ausgefüllt zu Ihrem ersten Termin in unserer Praxis mit.

Des Weiteren benötigen wir folgende Unterlagen (soweit vorhanden):

- Versichertenkarte
- Impfausweis
- Medikationsplan
- Aktuelle Krankenhaus- und Arztberichte

Name		Vorname	
Geburtsdatum		Krankenkasse	
Straße		Ort	
Telefon		Mobil	
E-Mail		Beruf	
Familienstand		Kinder	
Größe		Gewicht	
Grad der Behinderung, Merkzeichen		Pflegegruppe	

Bisherige Untersuchungen und Teilnahme an Programmen

	Ja	Nein	Wenn ja, wann zuletzt und wo?
Gesundheitscheck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hautkrebsscreening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Krebsvorsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gyn ja/nein Prostata ja /nein
Gesundheitscheck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Magenspiegelung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzkatheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DMP Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DMP COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DMP KHK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DMP Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HZV Vertrag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	Ja	Nein	Wenn ja, Kontaktdaten des Betreuers/Bevollmächtigten
Besteht eine gesetzliche Betreuung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Besteht eine Vorsorgevollmacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie eine Patientenverfügung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kontaktdaten Ihrer nächsten Angehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Dauer- und Bedarfsmedikation (auch Eigenmedikation und pflanzliche Präparate)	Medikamente die nicht im Medikamentenplan aufgeführt sind		
	Ja	Nein	Wenn ja, was, wie oft und wieviel?
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Konsumieren Sie Drogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Vorerkrankungen

	Selbst		Familie		Anmerkungen
	Ja	Nein	Ja	Nein	
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzgefäße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Durchblutungsstörungen der Arme/Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Durchblutungsstörung der Halsschlagader	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erweiterung der Bauchschlagader	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fettstoffwechselstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Baucherkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Thrombose/Embolie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Chronische Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Augenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kurz-/Weitsichtigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Brille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ohrerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schwerhörigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Neurologische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Krampf-/Anfallsleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Psychische/Seelische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	Selbst		Familie		Anmerkungen
	Ja	Nein	Ja	Nein	
Wirbelsäulenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gelenkerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rheumatische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Unfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Allergien/Unverträglichkeiten	
Medikamentenallergien	

Möchten Sie uns noch etwas mitteilen (z.B. vorhandene Hilfsmittel)?

Einverständniserklärung:

Dürfen wir Sie an Termine und Untersuchungen per Telefon/Post/E-Mail erinnern?

Ja

Nein

Datum, Unterschrift