

## Fragebogen für Neupatienten

### Persönliche Angaben:

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

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

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

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

### Allgemeine Gesundheitsinformationen:

1. Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg
2. Haben Sie Allergien?  Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_
3. Rauchen Sie?  Nein  Ja, wie viele Zigaretten pro Tag? \_\_\_\_\_
4. Konsumieren Sie Alkohol?  Nein  Ja, wie oft und in welcher Menge? \_\_\_\_\_
5. Treiben Sie regelmäßig Sport?  Nein  Ja, welche Art und wie oft? \_\_\_\_\_

### Vorerkrankungen:

- Bluthochdruck
- Herzinfarkt oder andere Herzerkrankungen
- Diabetes
- Asthma oder COPD
- Schilddrüsenerkrankungen
- Rheumatische Erkrankungen
- Krebserkrankungen
- Psychische Erkrankungen
- Neurologische Erkrankungen
- Andere: \_\_\_\_\_

### Medikamentenplan:

Nehmen Sie aktuell Medikamente ein?

Nein  Ja, bitte nennen Sie diese:

| Medikament | Dosierung | Grund der Einnahme |

| \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |

| \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |

| \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |

## Impfstatus:

Tetanus: \_\_\_\_\_

Diphtherie: \_\_\_\_\_

Polio: \_\_\_\_\_

Masern: \_\_\_\_\_

Grippe: \_\_\_\_\_

COVID-19 (Datum der letzten Impfung: \_\_\_\_\_)

Andere: \_\_\_\_\_

## Familiäre Krankheitsgeschichte:

Bluthochdruck

Diabetes

Herzinfarkt

Schlaganfall

Krebs (Art: \_\_\_\_\_)

Andere: \_\_\_\_\_

## Aktuelle Beschwerden und Anliegen:

1. Was führt Sie heute zu uns? (Hauptbeschwerden):

\_\_\_\_\_

2. Haben Sie aktuell Schmerzen?  Nein  Ja, wo? \_\_\_\_\_

(Schmerzskala 0–10: \_\_\_\_\_)

3. Gab es in letzter Zeit Krankenhausaufenthalte oder Operationen?

Nein  Ja, warum? \_\_\_\_\_

## Weitere relevante Daten:

Sozialanamnese: Lebensstil, Wohnsituation, Pflegebedarf

Reiseanamnese: Aufenthalte in tropischen oder gefährdeten Regionen

Psychosoziale Belastungen: Stress, Arbeitsplatzsituation

Präventionsstatus: Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen (z. B. Darmkrebs-, Brustkrebs-Screening)

Notfallkontakt: Name und Telefonnummer einer Vertrauensperson