



FRAGEBOGEN FÜR NEUE PATIENTEN (Gesundheitsvorsorgeuntersuchung)

Name	Vorname	Geburtsdatum	Bisheriger Arzt
Telefonnummer		E-Mail	

EIGENANAMNESE:

Größe:

Gewicht:

Kinderkrankheiten:

- ☐ Windpocken
- ☐ Masern
- ☐ Röteln
- ☐ Sonstige _____

Sozial- und Genussmittelanamnese:

Beruf:
Familienstand:
Kinder:

Kaffee:
Alkohol:
Nikotin:
Drogen:

Chronische und andere ernsthafte Krankheiten:

Unfälle, Krankenhausaufenthalte/Operationen, weshalb:

Allergien:

- ☐ Medikamente:
- ☐ Antibiotika:
- ☐ Nahrungsmittel:
- ☐ Pollen:
- ☐ Sonstige:

Stuhlgangsunregelmäßigkeiten:

- ☐ Blut im Stuhl ☐ Verstopfung ☐ Durchfall ☐ Hämorrhoidalleiden
- ☐ Inkontinenz ☐ Keines

Beschwerden beim Wasserlassen:

- ☐ Schmerzen ☐ Vermehrtes Wasserlassen ☐ Inkontinenz ☐ Keines



Impfungen: (bitte bringen Sie ihren **Impfausweis** mitbringen)

Tetanus	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, zuletzt:
Diphtherie	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, zuletzt:
Polio (Kinderlähmung)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, zuletzt:
Pertussis (Keuchhusten)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, zuletzt:
FSME	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, zuletzt:

Vorsorge-Untersuchungen:

Hautarzt:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, zuletzt:
Darmspiegelung:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, zuletzt:
Frauenarzt:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, zuletzt:
Urologe:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, zuletzt:

Gynäkologische Anamnese (für Frauen):

Mammographie:

Zahl der Schwangerschaften:

Mehrlinge:

Fehlgeburten:

Unterbrechungen:

Schwangerschaftskomplikationen:

Letzte Menstruation:

Menopause:

FAMILIENANAMNESE (Eltern, Geschwister, Kinder, Großeltern):

Welche ernsthaften Erkrankungen sind Ihnen bekannt und beim wem? Z.B. Allergien, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, bösartige Erkrankungen, ...

MEDIKAMENTE: (wenn möglich, bringen Sie bitte einen **Medikationsplan** mit)

Medikament	Stärke	Dosierung

Datum

Unterschrift