



## **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