

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte füllen Sie folgenden strukturierten Fragebogen vor Ihrer ersten Vorstellung in unserem MVZ aus. Hiermit wollen wir erreichen, dass wir möglichst viele Faktoren, die das Krankheits-geschehen beeinflussen können, erfassen und Sie so zu Ihrem besten Wohl betreuen können. Sie können sich unseren Fragebogen im Internet herunterladen und bereits zu Hause in Ruhe ausfüllen oder dies bei Ihrem Erstbesuch im Wartezimmer tun. Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit.

Name

Vorname

Geburtsdatum

Adresse (Str., Hausnr., Ort)

Telefonnummer

Handynummer

E-Mail-Adresse

Beruf

Krankenkasse

Hausarzt

Überweisender Arzt

Welche Beschwerden führen Sie zum Besuch unseres MVZ? Seit wann bestehen diese?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Bitte Wenden!

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein? In welcher Dosierung?

Name	Stärke oder Dosierung (mg/µg)	Früh-Mittags-Abends
1		
2		
3		
4		
5		
6		

Sind Unverträglichkeiten oder Allergien gegen Medikamente bekannt? Ja ☐ Nein ☐
Wenn ja, gegen welche?

Medikament

Beschreibung der Unverträglichkeit

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Leiden Sie an:

Bluthochdruck

Ja ☐ Nein ☐

Zuckerkrankheit

Ja ☐ Nein ☐

Herzrhythmusstörungen

Ja ☐ Nein ☐

Leber-/Nieren-/Schilddrüsenerkrankungen

Ja ☐ Nein ☐ Wenn ja, welche?

.....

Tumorerkrankungen

Ja ☐ Nein ☐ Wenn ja, welche?

.....

Rauchen Sie?

Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, wie viele pro Tag?

wann?

Trinken Sie Alkohol?

Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, wieviel?

Welche anderen Krankheiten sind bei Ihnen bekannt?

Welche Operationen wurden bei Ihnen durchgeführt?

Welche relevanten Unfälle hatten Sie?

- | | | |
|---|-------|----------------------------|
| 1 | | Zeitpunkt/seit wann? |
| 2 | | Zeitpunkt/seit wann? |
| 3 | | Zeitpunkt/seit wann? |
| 4 | | Zeitpunkt/seit wann? |
| 5 | | Zeitpunkt/seit wann? |
| 6 | | Zeitpunkt/seit wann? |

Wurde bereits eine Computertomographie oder Magnetresonanztomographie durchgeführt?

CT ☐ MRT ☐ Körperregion: Zeitpunkt:

CT ☐ MRT ☐ Körperregion: Zeitpunkt:

CT ☐ MRT ☐ Körperregion: Zeitpunkt:

Bei welchen anderen Ärzten waren Sie aufgrund Ihrer aktuellen Beschwerden in Behandlung?

.....
.....
.....
.....

Bitte Wenden!

Sind neurologische oder psychiatrische Krankheiten bei Verwandten bekannt? Welche?

.....

.....

.....

Haben Sie Kinder? Ja ☐ Nein ☐ Wenn ja, in welchem Alter?

Sind Sie verheiratet? Ja ☐ Nein ☐ Seit wann?

Leben Sie allein? Ja ☐ Nein ☐

**Leben Sie mit einem Partner/
einer Partnerin zusammen?** Ja ☐ Nein ☐

Leben Sie in Ihrer Familie? Ja ☐ Nein ☐

Leben Sie in einer Einrichtung? Ja ☐ Nein ☐

Sind Sie derzeit krankgeschrieben? Ja ☐ Nein ☐ Seit wann?

Haben Sie ein besonderes Anliegen zur Untersuchung und Behandlung in unserem MVZ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ort, Datum

Unterschrift