

## FRAGEBOGEN ZUR NEUANMELDUNG

Name:

Vorname:

Geboren am:


Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

Ich freue mich, dass Sie mir und meinen MitarbeiterInnen Ihr Vertrauen schenken wollen und heiße Sie in meiner Allgemeinarztpraxis herzlich willkommen.

Als Ihr Hausarzt möchte ich in vielen gesundheitlichen Belangen Ihr Berater und Begleiter sein; um dieser Aufgabe gerecht zu werden benötige ich wiederum Informationen, die ich Sie bitte, mir in diesem Fragebogen zur Verfügung zu stellen. Sollten Fragen dabei sein, die für Sie nicht zutreffen, deren Sinn Sie nicht verstehen oder auf die Sie keine Antwort geben können oder wollen, steht es Ihnen selbstverständlich frei, diese **nicht** zu beantworten. Gerne können Sie den Fragebogen auch zu Hause ausfllen und dann zu unserem nächsten Kontakt mitbringen.

Für das Ausfllen des Fragebogens danke ich Ihnen im Voraus und wünsche Ihnen und mir eine vertrauensvolle und dauerhafte Zusammenarbeit zum Wohle Ihrer Gesundheit

Ihr



Dr. med. Martin Brüggemann-Wenzel

### Familiäres Umfeld

Ich bin

- ledig
- verheiratet
- geschieden
- verwitwet

So bin ich zu erreichen:

Festnetz: ..... Handy: ..... Notfallnummer:.....

Nächster Angehöriger :

Name, Vorname: .....

Telefon (mit Vorw.): .....

Verwandtschaftsgrad (z.B.: Tochter, Enkel, Bekannter):.....

Kinder (ggfs. Alter bzw. Geburtsjahr, Erreichbarkeit, Telefon):

.....

### Beruf:

- Berufstätig als: .....
- EU-Rente
- Altersrenter
- nicht berufstätig, sondern:

.....

Betreuungsvollmacht ja nein

### Pflegestufe / SBS

- Pflegestufe  I  II  III
- Schwerbeschädigung/Behinderung

..... % Merkzeichen (Buchstabe): .....

Patientenverfügung ja nein

### Familiengeschichte

Leben Ihre Eltern noch? Wenn ja, leiden diese an Krankheiten? Wenn schon verstorben, wie alt wurden sie, an was sind sie verstorben?

Mutter: .....

Vater:.....

.....

.....

Gibt es in Ihrer Familie gehäuft (insbesondere bei jüngeren Menschen) Schlaganfall, Herzerkrankungen, Stoffwechselerkrankungen wie „Zucker“, bösartige Erkrankungen, allergische Erkrankungen, Asthma, Migräne, oder Nervenleiden? Welche? In welchem Alter und bei wem?

.....  
.....

### Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung, Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffersches Drüsenfieber, Tropenkrankheiten usw.

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

**Welche Operationen haben Sie hinter sich gebracht? Wann?**

(z.B. „Blinddarm 1969“, „Hüftgelenksprothese links 2005“)

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

**Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten (gegen Medikamente, Stoffe, Pflanzen usw. bekannt? Wie wirken sich diese aus?**

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

**Leiden Sie an sog. „chronischen Krankheiten\*“? Seit Wann? Gibt es Folgeschäden?**

(\*wie Diabetes („Zucker“), Bluthochdruck, Asthma)

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

**Welche Fachärzte suchen Sie auf (Name, Ort falls außerhalb Kreis SLF)?**

- |  |                                |
|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Chirurg:.....     | Sonstige Ärzte:                |
| <input type="checkbox"/> HNO-Arzt: .....   | <input type="checkbox"/> ..... |
| <input type="checkbox"/> Augenarzt: .....  | <input type="checkbox"/> ..... |
| <input type="checkbox"/> Gynäkologe: ..... | <input type="checkbox"/> ..... |
| <input type="checkbox"/> Urologe: .....    | <input type="checkbox"/> ..... |

**Waren Sie in den letzten 5 Jahren im Krankenhaus? Wo? Warum? Wo können Unterlagen angefordert werden? (Vorhandene Befunde bitte mitbringen, Originale geben wir zurück!)**

.....  
.....

**Besitzen Sie einen Impfausweis (Bitte mitbringen)? Sind Sie gegen die wichtigsten Infektionskrankheiten geimpft? (Falls Sie Impfungen im Allgemeinen oder Besonderen ablehnen, lassen Sie es uns ebenso wissen).**

*Letzte Impfungen (Jahreszahl):*

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Wundstarrkr. (.....) | <input type="checkbox"/> Diphtherie (.....)  | <input type="checkbox"/> Keuchhust. (.....) |
| <input type="checkbox"/> Grippe (.....)       | <input type="checkbox"/> Lungenentz. (.....) | <input type="checkbox"/> FSME (.....)       |
| <input type="checkbox"/> .....                | <input type="checkbox"/> .....               | <input type="checkbox"/> .....              |
| <input type="checkbox"/> .....                | <input type="checkbox"/> .....               | <input type="checkbox"/> .....              |

Gab es Reaktionen auf Impfungen? z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen

### Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

(statt den Plan auszufüllen, können Sie auch Ihren vorhandenen Plan mitbringen; wenn Sie sich unsicher sind oder wegen der vielen, zum Teil. unterschiedlichen Bezeichnungen die Übersicht verloren haben, empfehlen wir die Einkaufstütenmethode: Alles in eine große Tüte packen und mitbringen!!)

Medikament	morgens	mittags	nachmittags	abends	zur Nacht	nach Bedarf

### Was ist derzeit Ihre größte gesundheitliche Sorge?

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

### Sind Sie ein gesundheitsbewusster Mensch? Was tun Sie, um sich gesund zu halten?

- Ich achte auf gesunde Ernährung
- Ich treibe Sport
- .....
- .....

### Welche Verhaltensweisen könnten Sie ändern, um gesundheitsbewusster zu leben?

- ich müsste mehr Gemüse und weniger Fleisch essen
- ich müsste weniger und regelmäßiger essen
- ich sollte meinen Alkoholkonsum verringern oder ganz aufhören (derzeit ca. .... Gläser Fl. Bier Wein pro Tag)
- ich sollte aufhören zu rauchen (derzeit ca. .... Zig./Tag)
- ich müsste Abnehmen...
- ich müsste.....

### Vorsorge

- ich möchte über empfohlene Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen informiert werden

Unterschrift:.....

Wir danken für Ihre Mithilfe!!!