

# Aufnahme – Fragebogen



## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns über Ihr Kommen. Gerne beraten wir Sie in allen Gesundheitsfragen und helfen Ihnen gesund zu bleiben oder gesund zu werden.

Da wir im Krankheitsfall auch immer die körperlichen und seelischen Aspekte sowie das Lebensumfeld der Patienten berücksichtigen, bitten wir Sie, sich Zeit zu nehmen, um die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Sie sind nicht verpflichtet, den Fragebogen auszufüllen. Allerdings wäre es für den Behandlungsablauf hilfreich, den Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen. Sollten Sie Fragen haben, wird Ihnen eine Mitarbeiterin gerne behilflich sein.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon / Handy: \_\_\_\_\_

Mailadresse: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_ kg Körpergröße: \_\_\_\_ cm

Ich komme wegen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

–

\_\_\_\_\_

–

## **Berufs und Lebenssituation:**

berufstätig als \_\_\_\_\_

Besondere Belastungen im tägl. (Berufs-)Leben? \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis:  nein  ja \_\_\_\_\_ %

Familienstand:  ledig  verheiratet  geschieden/getrennt  verwitwet

Haben Sie Kinder?  nein  ja, Anzahl \_\_\_\_\_, Geburtsjahr \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  nein  ja, Anzahl \_\_\_\_\_ täglich

Trinken Sie Alkohol?  nein  gelegentlich  regelmäßig

Benötigen ein(e)  Hörgerät  Brille/Kontaktlinsen

Sport: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ mal pro Woche

## **Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister, Verwandte) bekannt?**

(z. B. Herzkrankheit/Herzinfarkt, Bluthochdruck, Diabetes, Schlaganfall, Krebserkrankungen)

\_\_\_\_\_

–

---

Bitte wenden

**Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?**

- keine                       Schwindelanfälle                       Diabetes                       Herzkrankheit
- Blutungsneigung       Herzinfarkt                       Bluthochdruck                       Schlaganfall
- Gicht                       Magenerkrankungen                       Rheuma                       Cholesterin zu hoch
- Nierenerkr.                       Asthma/chron. Bronchitis       Darmerkr.                       Anfallsleiden
- Lebererkr.                       Psychische Erkrankungen       Schilddrüsenerkr.       Hautkrankheit
- Tuberkulose                       Allergien, welche? \_\_\_\_\_
- Krebserkr., welche? \_\_\_\_\_

**In welcher fachärztlichen Behandlung befinden Sie sich regelmäßig?**

- Lungenfacharzt       Orthopäde                       Urologe                       Kardiologe                       Neurologe

Sonstiges \_\_\_\_\_

**Welche Operationen hatten Sie?**

- Mandel-OP     Blinddarm-OP                       Herz-OP                       Lungen-OP       Gefäß-OP                       Gebärmutter-OP
- Krebs-OP     Schilddrüsen-OP                       Gallenblasen-OP                       Magen-OP                       Bauchwandbruch-OP

Sonstige Operationen: \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**     nein                       ja, welche: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

—

\_\_\_\_\_

—

Bitte denken Sie daran, dass sie sich nach Krhs.-Aufenthalten oder Facharztbesuchen zur Besprechung der Ergebnisse zeitnah bei uns vorstellen. Die Berichte werden digital übermittelt und abgelegt und entgehen somit der ärztlichen Kontrolle. Dieses kann für Sie schwerwiegende Folgen haben. Um dieses zu vermeiden, ist Ihre aktive Nachfrage erforderlich.

**Natürlich werden Ihre Angaben gemäß Datenschutzgesetz vertraulich behandelt!**

Bitte denken Sie an Ihre Krankenkassenkarte bei jedem Arztbesuch und die korrekten Angaben auf Ihrer Krankenkassenkarte. Sollten Sie die Karte nicht dabei haben oder sind die Daten auf der Karte nicht korrekt, sind wir verpflichtet Ihnen eine Privatrechnung auszustellen.

Vielen herzlichen Dank!

Tönisvorst, den \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_