



Gemeinschaftspraxis  
**Dres. Faustmann/Lenhardt**  
Fachärzte für Allgemeinmedizin

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

herzlich willkommen in unserer Hausarztpraxis in Schweinfurt. Wir bitten Sie, folgenden Fragebogen für uns auszufüllen und mit Ihrer Unterschrift die Richtigkeit Ihrer Angaben zu bestätigen. Bei Unklarheiten bitte mit einem Fragezeichen "?" markieren. Vielen Dank für Ihre Mühe!

Name:.....  
Vorname: .....  
Anschrift: .....  
.....  
Geburtsdatum: .....  
Tel./Mobil: .....  
E-Mail: .....  
Beruf/Arbeitgeber: .....  
Geburtsort: .....  
Familienstand: .....  
Geburtsname: .....  
Größe:.....cm Gewicht: .....kg  
Schwerbehinderung: .....  
Pflegegrad: .....  
Patientenverfügung: .....

Waren Sie regelmäßig (mind.1x/Quartal) beim Hausarzt in Behandlung?  ja  nein

Haben/Hatten Sie stat. Aufenthalte, wichtige Erkrankungen, Verletzungen, Narkosen, Operationen, Kuren,...?  
.....

Rauchen / Alkohol / Drogen (Bitte unterstreichen)  
.....

Allergien/Unverträglichkeiten:  ja  nein  
(Medikamente, Nahrungsmittel, Pollen, Latex)  
.....

**Bestehen folgende Erkrankungen:**

1. Herz, Kreislauf:  ja  nein  
(Bluthochdruck, Herzinfarkt, Rhythmusstörungen)  
.....

2. Gefäße:  ja  nein  
(Krampfadern, Thrombosen, Schlaganfall)  
.....

3. Atemwege, Lunge:  ja  nein  
(COPD, Asthma, Lungenentzündung)  
.....

4. Leber:  ja  nein  
(Hepatitis, Fettleber, Gallensteine)  
.....

Falls der Platz nicht reichen sollte, bitte jeweils auf der Rückseite weiterschreiben.

Dürfen wir Sie bei Terminen / Vorsorgeuntersuchungen kontaktieren?  ja  nein

Datum: ..... Ihre Unterschrift: .....

5. Nieren:  ja  nein  
(Nierenschwäche, Nierensteine)  
.....

6. Speiseröhre, Magen, Darm:  ja  nein  
(Sodbrennen, Geschwür, Divertikel)  
.....

7. Stoffwechsel:  ja  nein  
(Diabetes, Gicht)  
.....

8. Schilddrüse:  ja  nein  
(Unter-/Überfunktion, Kropf)  
.....

9. Skelettsystem:  ja  nein  
(Gelenkerkrankungen, Wirbelsäulenbeschwerden)  
.....

10. Nerven, Gemüt:  ja  nein  
(Krampfanfälle, Lähmungen, Kopfschmerzen, Depressionen)  
.....

Kinderkrankheiten:.....

Brille/Kontaktlinsen:.....

Hörgeräte:  ja  nein

Hilfsmittel (z.B. Gehstock,):. . . . .

Hatten Sie Untersuchungen? Wann?

(z.B. Magen-/Darmspiegelung, CT, MRT, Herzkatheter, Röntgen, Ultraschall)  
.....

Nehmen Sie Medikamente ein?  ja  nein  
.....

Sind Sie regelm. beim Facharzt?  ja  nein

Waren Sie im DMP/Curaplan eingeschrieben?  
 ja  nein

Haben Sie einen aktuellen Impfpass?  
 ja  nein

Wen dürfen wir im Notfall benachrichtigen:  
.....  
.....