



Lauchstädter Str. 20  
06110 Halle (S)

tel 0345 12 06 476  
fax 0345 48 30 976

info@praxis-sennewald.de  
praxis-sennewald.de

**Liebe Patientin, lieber Patient!**

Wir freuen uns Sie in der Praxis Sennewald begrüßen zu dürfen. Um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie den Fragebogen auszufüllen.

Name: _____	Geburtsdatum: _____
Handy: _____	Email: _____
Telefon: _____	Beruf: _____

**Vorerkrankungen**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes                     | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen     | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck           |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen             | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen           | <input type="checkbox"/> Schlaganfall            |
| <input type="checkbox"/> erhöhte Blutfettwerte        | <input type="checkbox"/> Operationen/Unfälle          | <input type="checkbox"/> psychische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Thrombose/Lungenembolie      | <input type="checkbox"/> Baucherkrankungen            | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen       |
| <input type="checkbox"/> Durchblutungstörung d. Beine | <input type="checkbox"/> Chron. Infektionskrankheiten | <input type="checkbox"/> Blutungsstörung         |
| <input type="checkbox"/> neurologische Erkrankungen   | <input type="checkbox"/> Augenerkrankungen            | <input type="checkbox"/> Hautkrankheiten         |

Wenn , welche: \_\_\_\_\_

Andere, nicht aufgeführte: \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen sie regelmäßig ein?

Medikament	Morgens	Mittags	Abends

Nehmen Sie an einem DMP (Disease Management Programm) teil?

KHK                       Asthma                       COPD                       Diabetes

Allergien (vor allem gegen Medikamente)?     Nein

Ja, folgende: \_\_\_\_\_

Körpergröße: \_\_\_\_\_                      Gewicht: \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?     Ja, ca. \_\_\_\_\_ Zigaretten pro Tag seit \_\_\_\_\_ Jahren.     Nein                      Nicht mehr seit: \_\_\_\_\_

Besteht                       eine Schwangerschaft                       Hepatitis B/C                       HIV ?

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, wieviel und wie oft? \_\_\_\_\_

Sind Sie bei anderen Fachärzten in Behandlung?                       Ja                       Nein

Wenn ja, bei welchen? \_\_\_\_\_

Hatten Sie schon eine **Darmspiegelung**?                       Nein                       Ja, am:

Hatten Sie schon eine **Herzkatheteruntersuchung**?                       Nein                       Ja, am:

Letzte **Augenkontrolle** am: \_\_\_\_\_

Letztes **EKG / Belastungs-EKG** am: \_\_\_\_\_

Letzte **Langzeit-Blutdruckmessung** am: \_\_\_\_\_

(Für Patienten ab 35 Jahren) Wann war Ihr letzter **Check-up**? \_\_\_\_\_

Sind in Ihrer **Familie** folgende Erkrankungen bekannt? (Eltern, Großeltern, Geschwister)

Herzinfarkt                       Diabetes                       Bluthochdruck                       Krebserkrankungen  
 Schlaganfall                       Durchblutungsstörung der Beine

**Lebenssituation:**                       in einer Partnerschaft                       alleinstehend                       verwitwet  
 Kinder

Freizeitaktivitäten/Sport/Hobbies: \_\_\_\_\_

Gibt es noch einen wichtigen Punkt, den Sie uns mitteilen möchten?

\_\_\_\_\_

Dürfen wir Sie an fällige Untersuchungen oder Termine, z.B. Impfungen und Vorsorge erinnern?

ja                       nein

Wir danken Ihnen für Ihre Mühe. Bitte geben Sie den Fragebogen am Empfang ab. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner **freiwillig** gemachten Angaben und gestatte der Praxis Sennewald, meine Daten in meiner Patientenakte zu hinterlegen. Diese Angaben sind ausschließlich für den internen Gebrauch meiner Behandlung in der Praxis Sennewald vorgesehen und dürfen nicht an Dritte weitergegeben werden.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_