Taunus Medizin

Liebe Patient*in,

wir möchten, dass Sie sich bei uns wohl fühlen und wir uns so schnell wie möglich Ihren Beschwerden und Wünschen widmen können. Mit diesem Fragebogen möchten wir ein „unangenehmes Mithören“ an der Anmeldung vermeiden und Ihre Aufnahme schnell und fehlerfrei durchführen. Die folgenden Angaben benötigen wir, um Ihre Akte anzulegen. Bitte beantworten Sie die Fragen komplett und gewissenhaft. Sollten Sie Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne weiter.

Angaben zu Ihrer Person:			
Name, Vorname			
Geburtsdatum		Geschlecht	☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers
Größe in cm		Gewicht in kg	
Familienstand		Anzahl der Kinder	
Straße & Hausnummer			
PLZ & Wohnort			
Beruf			
Kontaktdaten	Privat		
	Geschäftlich		
	Mobil		
	E-Mail		
Notfallkontakt	Name		
	Telefon		
Allergien?	☐ Nein ☐ Ja, und zwar:		
Rauchen Sie?	☐ Nein ☐ Ja, Menge pro Tag:		☐ nicht mehr, seit:
Alkohol?	☐ Nein ☐ Ja, Menge & wie oft:		
Krankenkasse	☐ Gesetzliche Krankenkasse, Name der Kasse:		
	☐ Private Krankenkasse, Name der Kasse:		
Versichert als	☐ Mitglied ☐ Familienmitglied ☐ Rentner ☐ sonstiges:		
Mitbehandelnde Ärzt*innen		Fachrichtung:	
		Fachrichtung:	
		Fachrichtung:	
Teilnahme an DMP Programm?	☐ Asthma ☐ Chron. obstrukt. Lungenerkrankung (COPD) ☐ Brustkrebs ☐ Diabetes Typ I ☐ Diabetes Typ II ☐ Koronare Herzkrankheit / Herzinsuffizienz		

Taunus Medizin

Wann war Ihre letzte Vorsorgeuntersuchung?	
Gesundheits-Check:	Krebsvorsorge Mann/Frau:
Hautkrebsscreening:	Darmspiegelung:
Stuhluntersuchung (IFOB-Test):	Screening auf Bauchaortenaneurysma:
Bekannte Vorerkrankungen:	
☐ Asthma	
☐ Chronische Bronchitis (COPD)	
☐ Andere Lungenerkrankungen	Welche?:
☐ Gallenblasenstein(e)	
☐ Nierenstein(e)	
☐ Prostatavergrößerung	
☐ Wirbelsäulen-/Rückenleiden	Welche?:
☐ Venenleiden	Welche?:
☐ Gemütsleiden (z.B. Depression)	
☐ Magen-Darm-Erkrankung	
☐ Migräne	
☐ Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)	
☐ Nervenleiden (z.B. Parkinson)	Welche?:
☐ pAVK (arterielle Durchblutungsstörung)	
☐ Blutfettwerterhöhung	
☐ Niereninsuffizienz	
☐ Gicht (erhöhte Harnsäure)	
☐ Diabetes mellitus Typ I	Insulinpflichtig: ☐ Ja ☐ Nein
☐ Diabetes mellitus Typ II	Insulinpflichtig: ☐ Ja ☐ Nein
☐ Rheuma/Gelenkerkrankungen	Welche?:
☐ Schilddrüsenüberfunktion	
☐ Schilddrüsenunterfunktion	
☐ Sonstige Schilddrüsenerkrankungen	Welche?:
☐ Herzerkrankungen (z.B. Herzschwäche)	Welche?:
☐ Bluthochdruck	
☐ Herzrhythmusstörung	
☐ Hirnschlag/Schlaganfall	
☐ Blutverdünnung/-gerinnungsstörung	Welche?:

Taunus Medizin

☐ Autoimmunerkrankung	Welche?:
☐ Infektionserkrankung	Welche?:
☐ Hauterkrankung	Welche?:
☐ Krebs-/Tumorerkrankung	Welche?:
☐ Herzinfarkt	Wann?:
☐ Thrombose	Wann?:
☐ Sonstige Erkrankung	Welche?:
☐ Wesentliche Operationen	Welche?: Wann?: Wo?:
	Welche?: Wann?: Wo?:
	Welche?: Wann?: Wo?:

Familienanamnese

Wenn folgende Erkrankungen in Ihrer Familie bekannt sind, kreuzen Sie bitte den entsprechenden Familiengrad an.

	Mutter	Vater	Geschwister	Großeltern
Herz-Kreislauf-Erkrankungen				
Diabetes				
Schlaganfall				
Tumorerkrankungen				
Atemwegserkrankungen				
Autoimmunerkrankungen				

Taunus Medizin

Medikamente

Bitte nennen Sie uns alle Medikamente/Salben/Sprays, die Sie regelmäßig einnehmen. Egal ob diese verordnet wurden oder freiverkäuflich, wie z.B. Vitaminpräparate, etc. sind.

Medikament Vollständiger Name, Wirkstoff, ggf. Herstellerfirma	Dosierung / Wirkstoffmenge (z.B. mg, ml, µg)	morgens	mittags	abends	nachts
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

Wenn Sie einen ausgedruckten und aktuellen Medikamentenplan haben, zeigen Sie diesen bitte vor.

Impfungen

Wurden Sie regelmäßig gegen Grippe geimpft? ☐ Ja ☐ Nein

Gab es bisher eine Impfkomplikation? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welche?

Sonstige Angaben

Haben Sie einen Organspendeausweis oder sind Organspenderin? ☐ Ja ☐ Nein

Gehen Sie regelmäßig zur Blutspende? ☐ Ja ☐ Nein

Sind Sie bei der Deutschen Knochenmarkspende (DKMS) registriert? ☐ Ja ☐ Nein

Wurde bei Ihnen jemals ein Hepatitis B/C Screening durchgeführt? ☐ Ja ☐ Nein

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

☐ Internet

☐ Familie/Freunde

☐ _____

Bitte denken Sie an Ihren Impfpass/Ihre Impfpässe und bringen Sie diese(n) mit!