



Internistische Gemeinschaftspraxis
Sonthofen

Internistische Gemeinschaftspraxis Sonthofen . Rheumatologie . Gastroenterologie . Hepatologie . Endoskopie . Sportmedizin . Akupunktur . Ernährungsmedizin . Präventionsmedizin

Internistische Gemeinschaftspraxis Sonthofen . Oberstdorfer Straße 3c . 87527 Sonthofen

Telefon: 08321 - 804 201
Fax: 08321 - 804 202
E-Mail: post@igp-sonthofen.de

Liebe Patientinnen und Patienten, herzlich willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Bedeutung. Bitte füllen Sie dieses Formular nach bestem Wissen aus, Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Fragebogen von Frau/Herr: _____ geb.am _____

Festnetz: _____ Mobil: _____

Hausarzt: _____

Beruf: _____ Arbeitsunfähig seit: _____

In Rente seit: _____ Pflegestufe: _____

Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>
Koronare Herzkrankheit	<input type="checkbox"/>	Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	Zustand nach Thrombose	<input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>
Augenkrankheiten	<input type="checkbox"/>	Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/>
Chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/>	Magenerkrankungen	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	Rheuma	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	Welche:	
Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/>	Welche:	
Allergien	<input type="checkbox"/>	Welche:	

Hatten Sie schon einen Herzinfarkt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hatten Sie schon einen Schlaganfall?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hatten Sie schon eine Darmspiegelung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Sonstige Erkrankungen:

Welche Operationen wurden bei Ihnen durchgeführt?

Gallenblase	<input type="checkbox"/>	Herz/Herzklappen	<input type="checkbox"/>
Blinddarm	<input type="checkbox"/>	Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>
Gelenke	<input type="checkbox"/>	Blutgefäße	<input type="checkbox"/>
Schilddrüse	<input type="checkbox"/>	Sonstige:	<input type="checkbox"/>

In welcher fachärztlichen Behandlung befinden Sie sich regelmäßig?

Lungenarzt	<input type="checkbox"/>	Urologe	<input type="checkbox"/>
Kardiologe	<input type="checkbox"/>	Neurologe	<input type="checkbox"/>
Orthopäde	<input type="checkbox"/>	Sonstige:	<input type="checkbox"/>

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Aktuelles Gewicht und Größe: _____ kg _____ cm

Was ist der Grund Ihres Besuches?

Ich bin damit einverstanden, dass Auskünfte und Unterlagen, die für die Behandlung erforderlich sind von anderen Ärzten und Stellen eingeholt werden und dass meine ärztlichen Daten im Falle einer Mitbehandlung an die entsprechenden Ärzte weitergegeben werden. Hiermit bestätige ich außerdem die Richtigkeit meiner Angaben.

Sonthofen, den _____ Unterschrift _____