

Fragebogen für Neupatienten

Name	Tel.
Adresse	Mail

Sind folgende Erkrankungen bei Ihnen oder Ihrer Familie bekannt?

Bei mir		in meiner Familie		
Ja	Nein	Ja	Nein	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzgefäßerkrankungen / Herzinfarkt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen der Beine (pAVK)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutungsstörungen, Bluterkrankungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thrombose oder Lungenembolie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stoffwechselerkrankung (Schilddrüse, Zucker)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis / HIV
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumorerkrankung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blasen- / Nierenerkrankung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magen-/ Darmerkrankung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hauterkrankungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungenerkrankungen (Asthma/COPD)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rücken/ Gelenkserkrankungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	psychische Erkrankungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Allergien Nein Ja, folgende: _____

Rauchen Nein / Ja, ___ Zig. tägl. Alkohol Nein/unregelm. tägl. Drogen Nein Ja

Dauermedikamente: _____

Die Patienteninformation zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

Mit der Datenverarbeitung bin ich einverstanden.

Mit schriftlichen Erinnerungen (per SMS oder E-Mail) an meine anstehenden Termine durch unser Terminsystem Doctolib (www.doctolib.de) bin ich

einverstanden nicht einverstanden

Mit schriftlichen Erinnerungen (per SMS oder E-Mail) an Vorsorgen und Impfungen (Recall) bin ich

einverstanden nicht einverstanden

Vielen Dank!

Datum, Unterschrift