

Fragebogen für Neupatienten

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse

Telefon

E-Mail

Krankenversicherung

Ihr bisheriger Hausarzt

Körpergröße

Körpergewicht

Haben Sie einen Impfpass?

Sind Sie Raucher? Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag.

Trinken Sie Alkohol und wenn ja wie viel?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

Wenn ja, welche und genaue Dosis.

Leiden oder litten Sie an folgenden Krankheiten?

Diabetes

Bluthochdruck

Herzinfarkt/Herzerkrankung

Schlaganfall

Krebserkrankung

Nierenerkrankung

Lebererkrankung

Asthma/COPD

Depression

Schilddrüsenerkrankung

Epilepsie/Krampfanfälle

Gelenkerkrankung

Rheuma

Gicht

Allergie

Infektiöse Erkrankung

Bitte ausgefüllt zurück an praxis.niederaussem@gmail.com