



Dr. med. Jens Dirk Thieß

Facharzt für Innere Medizin
Hausärztliche Versorgung

Platz der Einheit 14

14467 Potsdam

Tel. 0331/ 293733

E-Mail: kontakt@hausarzt-in-potsdam.de

Homepage: www.hausarzt-in-potsdam.de

Lieber Patient, liebe Patientin,

um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen und zur Erstvorstellung in unserer Praxis mitzubringen. Vielen Dank!

Persönliche Daten

Vorname: _____ Nachname: _____ Geburtsdatum: _____

Telefon privat: _____ Telefon geschäftlich: _____

Mobil: _____ Fax: _____ E-Mail: _____

Grund Ihres aktuellen Besuches/ Ihrer aktuellen Konsultation:

Sind folgende Erkrankungen bei Ihnen bekannt?

wenn ja, seit wann ?

- | Ja | Nein | |
|-----------------------|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Bluthochdruck _____ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Herzkranzgefäßerkrankungen, Herzinfarkt _____ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | angeborene oder erworbene Herzerkrankung _____ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Schlaganfall, Durchblutungsstörung der Beine _____ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Zuckererkrankung _____ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Fettstoffwechselstörungen (erhöhte Cholesterinwerte) _____ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Lungenerkrankung (Asthma bronchiale, _____
chronische Bronchitis, Tuberkulose, Lungenentzündung) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Thrombose und Lungenembolie _____ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Tumorerkrankung _____ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Chronische Infektionserkrankungen _____ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Blutungsstörungen, Bluterkrankungen _____ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Augenerkrankungen (z.B. grüner und grauer Star) _____ |

- Krampfleiden, andere Nervenleiden (z.B. M. Parkinson, Polyneuropathie) _____
- Psychische Erkrankungen (Depressionen, Psychosen) _____
- Sonstige Erkrankungen _____

Stationäre Krankenhausbehandlungen?

Wann wo warum

Familienanamnese

Sind in Ihrer Familie folgende Erkrankungen bekannt:

- Diabetes mellitus
- Bluthochdruck
- Herzerkrankungen
- Schlaganfall
- Durchblutungsstörung der Beine
- erhöhte Blutfette (Cholesterin, Triglyceride, HDL, LDL)
- Lungenerkrankungen
- Tumorerkrankungen
- psychische Erkrankungen

Sozialanamnese

Familienstand : verheiratet verwitwet in Lebensgemeinschaft lebend

Kinder (wie viele ? gesund ?)

Beruf: _____

Berentet/Pensioniert: Ja Nein

Hobbys:

Regelmäßige körperliche Betätigung: Ja Nein

Sport,

welcher: _____

andere:

Allgemeine Anamnese

- Ja Nein
- Allergien oder andere Unverträglichkeitsreaktionen, z.B. Medikamente-, oder Kontrastmittelallergie
- Rauchen Sie? wenn ja, wie viel: _____ Zigaretten pro Tag
Seit wie vielen Jahren rauchen Sie? _____
- Sie haben nie geraucht?
- Haben Sie früher geraucht? Seit wann nicht mehr? _____
Über wie viele Jahre haben Sie geraucht? _____
- Trinken Sie gelegentlich oder regelmäßig Alkohol?
- Nehmen Sie regelmäßig Schlaftabletten, Stimmungsaufheller oder Drogen ein?
- Besteht ein Impfschutz gegen Tetanus (Wundstarrkrampf), Diphtherie und Polio (Kinderlähmung), Grippe und Pneumokokken (Lungenentzündung)?

Wie groß sind Sie: _____ cm **Wieviel wiegen Sie:** _____ kg

Welche Medikamente nehmen Sie ein und wie häufig?

	morgens	mittags	abends
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wurden bei Ihnen bereits folgende Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt?

- Ja Nein
- Check-up-35, Gesundheitsuntersuchung
- Krebsfrüherkennung für Frauen/Männer
- Hautkrebs-Screening
- Darmspiegelung

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- über das Internet
 - *Google* 0
 - *Google Maps* 0
 - *Praxis-Homepage* 0
 - *Das örtliche.de* 0
 - *Gelbeseiten.de* 0
 - *Jameda oder andere Ärzteseiten* 0
 - *Sonstige* 0
- auf Empfehlung
 - Wenn Sie angeben möchten, von wem:

- Ich bin auf das Praxisschild aufmerksam geworden. 0
- Durch Informationsbroschüren der Praxis? 0
- Ich bin überwiesen worden 0