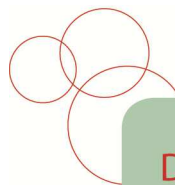


Name /Geburtstag /Adresse



Dr. med.  
Ulrike Siegmund

Fachärztin für Innere Medizin & Kardiologie  
Hausärztliche Versorgung

Telefon: .....

## Gesundheitsfragebogen

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus. Die Angaben sind erforderlich, um eine angemessene ärztliche Betreuung zu gewährleisten. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, sind wir Ihnen bei der Beantwortung gerne behilflich.

Anlass für jetzigen Arztbesuch:

Ich wurde die letzten 12 Monate regelmäßig ärztlich behandelt:

nein  ja, wegen .....

Belastungen und Sorgen habe ich zur Zeit:

Ich habe keine besonderen Belastungen.  
 am Arbeitsplatz  in der Familie  
 wegen meiner Gesundheit  Geldsorgen

Körpermaße:

Größe:  cm Gewicht:  kg

Rauchen:

..... Zig./Tag  Nicht-Raucher  Ex-Raucher

Alkohol:

nie  gelegentlich  regelmäßig

Sport:

nie  gelegentlich  regelmäßig

Familienstand:

verheiratet/verpartnert  ledig  geschieden  verwitwet

Derzeitiger bzw. letzter Beruf:

Haupteinkommen:

Lohn/Gehalt  Selbständige Tätigkeit  
 Arbeitslosengeld II/Sozialhilfe  Altersrente/Pension  
 Erwerbs-/Berufsunfähigkeitsrente  Sonstiges

Ich nehme folgende Medikamente ein:

Name und Dosis:	Seit wann?	morgens	mittags	abends	bei Bedarf

Letzte Vorsorge: (falls unbekannt, ein „?“ einfügen)

Krebsvorsorge  Gesundheitsuntersuchung  Darmspiegelung

Letzte Impfungen: (falls unbekannt, ein „?“ einfügen)

Tetanus/Diphtherie	<input type="text"/>	FSME („Zeckenimpfung“)	<input type="text"/>
Hepatitis A + B	<input type="text"/>	Pneumokokken („Lungenentzündung“)	<input type="text"/>
Grippe	<input type="text"/>	Polio („Kinderlähmung“)	<input type="text"/>

Bitte wenden

**Ich leide oder litt an folgenden Erkrankungen:****Wann? Wie behandelt?**

Seelische Erkrankungen z.B. Depressionen, Ängste	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:
Krebserkrankungen z.B. an Darm, Brust oder Prostata	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:
Herz z.B. Herzinfarkt, Herzklappenfehler	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:
Lunge z.B. Asthma, chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:
Magen z.B. Magen-/Zwölffingerdarmgeschwüre	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:
Darm z.B. Darmentzündungen, Darmpolypen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:
Leber z.B. Leberentzündung, Hepatitis	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:
Gallenblase z.B. Gallensteine, operierte Gallenblase	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:
Niere/Harnblase z.B. Nierenschwäche, Schrumpfniere	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:
Wirbelsäule z.B. Bandscheibenvorfall	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:
Gelenke z.B. Arthrosen, künstliche Gelenke	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:
Gehirn z.B. Schlaganfall, Krampfanfälle	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:
Blut z.B. Blut- oder Eisenmangel	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:
Schilddrüse z.B. Über- oder Unterfunktion, Knoten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:
Haut z.B. Psoriasis, Schuppenflechte	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:
Augen & Ohren z.B. Glaukom, Schwerhörigkeit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:
Nerven z.B. Nervenlähmungen, Polyneuropathie	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:

**Ich leide an:**

Hohem Blutdruck	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:
Erhöhtem Blutzucker/Diabetes	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:
Erhöhten Blutfettwerten/Cholesterin	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:
Erhöhten Harnsäurewerten/Gicht	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:
Allergien	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:

**Krankenhausaufenthalte, Operationen und „größere“ Untersuchungen in den letzten 5 Jahren:**

Weswegen?	Wann?	Wo?

**Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?**

persönliche Empfehlung    Internetrecherche    Telefonbuch/Gelbe Seiten    Sonstiges: .....

**Ihre E-Mail-Adresse** für die Mitteilung von Befunden oder Berichten:

(Nur mit Einwilligung – siehe separates Formblatt!)

**Ihre Daten werden von uns entsprechend der datenschutzrechtlichen Vorschriften verarbeitet. Bitte beachten Sie unsere in der Praxis ausliegenden Patienteninformationen zum Datenschutz. Sie finden diese auch auf unserer Website unter [www.praxis-dr-siegmund.de/datenschutz.php](http://www.praxis-dr-siegmund.de/datenschutz.php).**

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**