



# Patientenfragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,  
als neue Patientin/neuer Patient heißen wir Sie herzlich willkommen!  
Um Sie besser kennenzulernen und wichtige Informationen zu gewinnen, bitten wir Sie,  
diesen Fragebogen auszufüllen. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen,  
wird Ihnen unser Praxisteam gerne bei der Beantwortung behilflich sein.  
Ihre Antworten werden von uns streng vertraulich behandelt und unterliegen  
der ärztlichen Schweigepflicht.

## Persönliches

Name/Vorname \_\_\_\_\_ Geburtstag \_\_\_\_\_

Straße/Nr. \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Tel. privat \_\_\_\_\_ Tel. mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_ Pflegestufe \_\_\_\_\_

**Sind Sie privatversichert?**  ja  nein

**Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?**

Name / Vorname \_\_\_\_\_ Geburtstag \_\_\_\_\_

**Sind Sie beihilfeberechtigt?**  ja  nein

**Bei welchen Ärzten waren oder sind Sie in Behandlung?**

---

---

## Hinweise zur Organisation

Hochwertige Qualität ist nur ohne Zeitdruck möglich. Wir bitten Sie daher, Termine, die Sie nicht einhalten können, mindestens 48 Stunden vorher abzusagen, damit wir diese an andere Patienten vergeben können.



**Warum suchen Sie uns auf?**

**Wünschen Sie eine/n ...**

- Routinekontrolle  neuer Hausarzt
- Beratung  „zweite Meinung“
- Schmerzbehandlung  andere Gründe:

\_\_\_\_\_

**Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt?**

- HIV-Infektion/AIDS  ja  nein
- Leberentzündung/Hepatitis  ja  nein
- Asthma/Chron. Bronchitis  ja  nein
- Tumorerkrankung  ja  nein
- Psychische Erkrankung  ja  nein
- Nierenerkrankung  ja  nein
- Fettstoffwechselstörung  ja  nein
- Harnsäurestörung/Gicht  ja  nein
- Bluthochdruck  ja  nein
- Gelenkerkrankung/Rheuma  ja  nein
- Herzkrankheit  ja  nein
- Hautkrankheit  ja  nein
- Blutzuckerkrankheit  ja  nein
- Schilddrüsenerkrankung  ja  nein
- Magen-/Darmerkrankung  ja  nein
- Anfallsleiden/Epilepsie  ja  nein
- Blutgerinnungsstörungen  ja  nein
- Osteoporose  ja  nein
- Grünen oder Grauen Star  ja  nein
- Allergien  ja  nein

- Wenn ja, wogegen? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sonstige Infektionen/Erkrankungen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Wurden bereits Operationen durchgeführt?**

- ja  nein

- Wenn ja, welche & wann? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Vegetative Anamnese**

- Durst  normal  vermehrt
- Appetit  normal  vermehrt
- Stuhlgang  normal  vermehrt
- Wenn nicht normal  Durchfall  Verstopfung
- Wenn Durchfall  mit Blut  mit Schleim
- Wasserlassen  normal  vermehrt
- Startschwierigkeiten  ja  "Brennen"
- Nachts öfters als 1-2x  normal  vermehrt
- Nachtschweiß  normal  vermehrt
- Gewicht  konstant  nicht konstant
- Zunahme  Abnahme
- von \_\_\_\_\_ Kilogramm in \_\_\_\_\_ Monaten

**Körpergröße:** \_\_\_\_\_ cm / **Gewicht:** \_\_\_\_\_ kg

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**

- ja  nein

- Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Besitzen Sie einen Impfausweis?**  ja  nein

*Bitte bringen Sie diesen beim nächsten Besuch mit.*

*Wir überprüfen gerne Ihren Impfstatus.*

**Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen**

**Medikamente oder Spritzen aufgetreten?**  ja  nein

- Wenn ja, gegen welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Für unsere Patientinnen**

Sind Sie schwanger?  ja  nein  ungewiss

- Wenn ja, in welcher Woche? \_\_\_\_\_

*Wegen des Mutterschutzes bitten wir Sie um **sofortige Mitteilung**, wenn während des Behandlungszeitraumes eine Schwangerschaft eintritt!*

Geburten?  ja  nein

- Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Antibabypille?  ja  nein

Monatsblutungen regelmäßig?  ja  nein

Monatsblutungen stark?  ja  nein

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift



## Liebe Patientinnen und Patienten,

bitte nehmen Sie sich 30 Sekunden Zeit, um 3 Fragen zu beantworten.  
Sie helfen uns damit sehr, uns stetig zu verbessern.

---

### 1. Wie alt sind Sie?

- a. unter 18 Jahren
- b. zwischen 18 - 29 Jahren
- c. zwischen 30 - 39 Jahren
- d. zwischen 40 - 49 Jahren
- e. zwischen 50 - 59 Jahren
- f. 60 Jahre und älter

### 2. Wie sind Sie auf unsere Praxis als erstes aufmerksam geworden?

- a. Persönliche Empfehlung (Freunde, Eltern, Verwandte usw.)
- b. Ärztebewertungsportal (z.B. jameda, sanego, Dentolo oder arztuskunft.de)
- c. Internetsuchmaschine (z.B. Google)
- d. Praxishomepage
- e. Social Media (Facebook, Instagram)
- f. Praxis von draußen gesehen
- g. Überweisung (wenn ja, von wem?): \_\_\_\_\_
- h. Sonstiges (bitte angeben): \_\_\_\_\_

Falls wir empfohlen wurden, haben Sie sich im Vorfeld unseren Internetauftritt angeschaut?  ja  nein

### 3. Zu welchem Zweck besuchen Sie uns zum ersten Mal in unserer Praxis?

- a. Ich suche einen neuen Hausarzt.
- b. Ich wünsche eine Routinekontrolle.
- c. Ich möchte eine Beratung zu folgender Leistung: \_\_\_\_\_
- d. Ich möchte gerne eine zweite Meinung einholen.
- e. Ich habe Schmerzen und brauche eine Schmerzbehandlung.
- f. Ich brauche eine Prophylaxebehandlung.
- g. Sonstiges (bitte angeben): \_\_\_\_\_

**Vielen Dank!**