



Willkommen im Hausarztzentrum Linsengericht!

Zur Vorbereitung auf einen Erstkontakt mit uns, bitten wir Sie, den Fragebogen auszufüllen. So können wir gleich zu Beginn eine optimale Betreuung bieten. Sollte Ihnen eine Frage unklar erscheinen, wenden Sie sich bitte an uns.

Natürlich werden wir Ihre Daten in der Patientenakte speichern. Mit der Unterschrift am Ende des Formulars erklären Sie sich damit einverstanden. Vielen Dank!

Ihre Basisdaten:

Vorname	
Nachname	
Geburtsdatum	
Adresse	
Telefonnummer	
E-Mail	
Geburtsort (ggf. Land)	
Beruf (gerne auch Arbeitgeber)	
Ledig? Verheiratet?	
Kinder (Geburtsjahr)?	

Ihre Geschichte:

Haben Sie dauerhafte (chronische) Krankheiten bzw. Vorerkrankungen?

Bluthochdruck	Nein ☐	Ja ☐
Blutzucker (Diabetes mellitus)	Nein ☐	Ja ☐
Herzerkrankung (KHK, Infarkt, Herzschwäche)	Nein ☐	Ja ☐
Nierenerkrankung	Nein ☐	Ja ☐
Gicht	Nein ☐	Ja ☐
Durchblutungsstörungen (PAVK)	Nein ☐	Ja ☐
Rheuma oder Vaskulitis	Nein ☐	Ja ☐
Leberkrankheit (Hepatitis, Zirrhose)	Nein ☐	Ja ☐
Asthma bronchiale	Nein ☐	Ja ☐
COPD oder andere Lungenkrankheit	Nein ☐	Ja ☐
Hauterkrankung	Nein ☐	Ja ☐
Tuberkulose/HIV (AIDS)	Nein ☐	Ja ☐
Magen- oder Darmerkrankung	Nein ☐	Ja ☐
Anfallsleiden (Epilepsie)	Nein ☐	Ja ☐
Neurologische Erkrankungen (Parkinsons/Schlaganfall o.ä.)	Nein ☐	Ja ☐
Psychische/psychiatrische Erkrankung	Nein ☐	Ja ☐
Gerinnungsstörungen (Bluter/Thrombosen)	Nein ☐	Ja ☐
Schilddrüsenerkrankung	Nein ☐	Ja ☐
Gelenkersatz (Hüfte, Knie, Schulter usw.)	Nein ☐	Ja ☐
Neurochirurgische Operationen (Rücken oder Kopf)	Nein ☐	Ja ☐
Gelenkkrankheiten	Nein ☐	Ja ☐
andere dauerhafte Erkrankungen	Nein ☐	Ja ☐

Wie gross sind Sie? Ihre Grösse in cm bitte.

Wie schwer sind Sie? Ihr Gewicht in Kilogramm bitte.

Rauchen Sie?	Nein ☐	Ja ☐
Wenn ja, wieviele Zigaretten am Tag?	_____ pro Tag	
Seit wie vielen Jahren?	_____ Jahren	

Gibt Allergien oder Unverträglichkeiten?	Nein ☐	Ja ☐
Wenn ja, Allergie wogegen ?		
Unverträglichkeiten (sog. unerwünschte Arzneimittelwirkungen) wogegen und was?		
Wenn Sie einen Allergiepass haben, bringen Sie in mit!		

Hatten Sie eine längere Krankenhausbehandlung oder sind Sie mal operiert worden?	Nein ☐	Ja ☐
Weshalb? Was wurde behandelt bzw. operiert und wann war das?		
Bitte bringen Sie dazu Befunde mit!		

Nehmen Sie Medikamente ein?

Bitte bringen Sie Ihren Medikamentenplan mit **oder** tragen Sie hier Ihrer Medikamente und wann Sie sie nehmen ein!

Medikament	morgens	mittags	abends	z. Nacht

So können wir Ihren Impfschutz überprüfen:

Besitzen Sie einen Impfausweis?	Nein ☐	Ja ☐
Wenn ja, dann bringen Sie diesen unbedingt beim nächsten Besuch mit.		
Besser: Sie nutzen auf Ihrem Smart-Phone die kostenlose Applikation „ ImpfPassDE “! Informationen erhalten Sie auf unserer Homepage und bei uns an der Anmeldung!		

Soziales und Versorgung:

Haben Sie einen Behindertenausweis ?	Ja ☐	%?
Merkzeichen?		
Haben Sie einen Pflegegrad ?	Ja ☐	Grad?
Kommt ein Pflegedienst?		
Welcher?		

Ihre Vorsorge und Betreuung:

Besitzen Sie eine Patientenverfügung ?	Nein ☐	Ja ☐
Gibt es eine Vorsorgevollmacht ?	Nein ☐	Ja ☐
Besteht eine gesetzliche Betreuung ?	Nein ☐	Ja ☐
Wenn ja, wer ist als Betreuer oder Bevollmächtigter eingesetzt? Bitte Name und Anschrift, Verhältnisgrad, Telefonnummer und E-Mail eintragen.		
Name d. Betreuers oder Bevollmächtigten:		
Verwandtschaftsgrad? Bestellt?		
Anschrift (Strasse, Nr., PLZ, Ort):		
Telefonnummer:		
E-Mail:		
Fax:		

Bitte bringen Sie Verfügungen und Vollmachten für eine Kopie in Ihre Patientenakte unbedingt mit.

Familiengeschichte:

Gibt es Vorerkrankungen in der Familie (bei Eltern/Geschwistern/Kindern)?		
Bluthochdruck	Nein ☐	Ja ☐
Herzerkrankungen (Herzinfarkt/KHK/Herzschwäche)	Nein ☐	Ja ☐
Blutzuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	Nein ☐	Ja ☐
Schlaganfall oder andere neurologischen Krankheiten	Nein ☐	Ja ☐
Nierenerkrankungen	Nein ☐	Ja ☐
Leberkrankheiten	Nein ☐	Ja ☐
psychische oder psychiatrische Erkrankungen	Nein ☐	Ja ☐
Gerinnungsstörungen	Nein ☐	Ja ☐
Rheuma oder Schuppenflechte	Nein ☐	Ja ☐
Krebsleiden	Nein ☐	Ja ☐
Häufungen von anderen Krankheiten	Nein ☐	Ja ☐

Datum

Ihre Unterschrift (ggf. die des Bevollmächtigten)