



Liebe Patienten,

## Willkommen bei den Brühler Internisten

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Gesundheit anvertrauen!

Unser Ziel ist es, Ihnen eine bestmögliche und individuelle Behandlung anzubieten.

Deshalb möchten wir Sie bitten, sich einen Moment Zeit zu nehmen, diesen Fragebogen sorgfältig zu lesen und so genau wie möglich auszufüllen.

Gerne besprechen wir die wesentlichen Fragen und Antworten gleich noch einmal ausführlich mit Ihnen.

Name: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Tel. Privat: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

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

**Ja, ich möchte in der Zukunft über anstehende Vorsorge-Termine informiert werden (Per E-Mail)**

Beruf: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Körpergröße: \_\_\_\_\_ Körpergewicht: \_\_\_\_\_

Bei welchem Hausarzt waren Sie zuletzt in Behandlung?

\_\_\_\_\_

**Jetzige Beschwerden, Anliegen Ihres Praxisbesuches:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Für Schmerzpatienten**

Die Schmerzen auf einer Skala : **Leicht** (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) **Stark**

**Leiden Sie unter chronischen Krankheiten?** Ja  Nein

Wenn Ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Leiden Sie unter Allergien?** Ja  Nein

Wenn Ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Welche Operation und Krankenhaus-Aufenthalte hatten Sie und in welchem Jahr?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





**Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?** Ja  Nein

Wenn Ja, welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Welche Kinderkrankheiten hatten Sie?**

Masern  Mumps  Röteln  Windpocken  Sonstige \_\_\_\_\_

**Wurden Sie in den letzten 5 Jahren geimpft?** Ja  Nein

Wenn Ja, welche Impfungen?  Tetanus  Diphtherie  Polio/IPV  FSME/Zecke  Hep.A  Hep. B

**Bitte bringen Sie zum nächsten Termin Ihren Impfpass mit!**

**Welche schwerwiegende Erkrankung liegt in der Familie vor?**

\_\_\_\_\_  Vater  Mutter  Geschwister

\_\_\_\_\_  Vater  Mutter  Geschwister

**Rauchen Sie?** Ja  Nein

Wenn Ja, wie viel? \_\_\_\_\_

**Trinken Sie regelmäßig Alkohol?** Ja  Nein

Wenn Ja, wie viel? \_\_\_\_\_

**Treiben Sie regelmäßig Sport?** Ja  Nein

Wenn Ja, wie viel? \_\_\_\_\_

**Wurde bei Ihnen bereits eine Gesundheitsuntersuchung ab 35 Jahren durchgeführt?**

Ja  Nein  Wenn Ja, wann zuletzt? \_\_\_\_\_

## Allgemeine Fragen

**Wie sind Sie auf uns Aufmerksam geworden?**

Empfehlung durch einen anderen Arzt

Ein Familienmitglied/ Bekannter ist bereits Patient

Telefonbuch  Internet  Sonstiges \_\_\_\_\_

Wir bitten Sie, Termine die Sie nicht einhalten können, **spätestens 24 Stunden** vorher abzusagen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters