

Name .....

Vorname .....

Geburtsdatum .....

Telefon .....

email .....



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns sehr, dass Sie sich in unserer Praxis behandeln lassen wollen.

Um Sie optimal behandeln zu können, bitten wir Sie noch um einige Angaben zu Ihrer Krankheitsvorgeschichte und Ihren Lebensumständen.

Sollte eine Frage unklar sein, können Sie gerne nachfragen; sollten Sie eine Frage nicht beantworten wollen oder können, lassen sie das Feld einfach frei.

Die Informationen werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Frau Dr. Göser wird diesen Fragebogen mit Ihnen anschliessend noch kurz besprechen.

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?


Sind Allergien gegen Medikamente oder andere Substanzen bei Ihnen bekannt?  
Wenn ja gegen was?


Waren Sie schon einmal ernsthaft krank, in stationärer Behandlung oder leiden Sie an chronischen Krankheiten?


Gibt es in Ihrer Familie Krankheiten wie Herzinfarkt, Diabetes mellitus, Schlaganfall, Bluthochdruck, Krebs oder andere schwere Krankheiten?


**Bitte wenden ---->**

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag?

--

Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, wie viel und was in einer durchschnittlichen Woche?


Bewegen Sie sich regelmässig? Treiben Sie Sport? Welchen und wie oft?


Was ist Ihr Beruf bzw. was ist oder war Ihre Tätigkeit?


Leben Sie alleine, haben Sie Familie? Wollen Sie uns eine Person nennen, die eventuell bei Problemen kontaktiert werden soll?


Vielen Dank für Ihre Hilfe!

Sollte nach etwas nicht gefragt worden sein, was Ihnen wichtig ist, sprechen Sie Frau Dr. Göser bitte darauf an.

-----  
Sollten Sie wünschen, dass wir Sie an fällige Impfungen oder Untersuchungen telefonisch oder postalisch erinnern, können Sie uns hier die dafür benötigte Einverständniserklärung geben. Eventuell zu erfolgende Benachrichtigungen werden im Einzelnen mit Fr. Dr. Göser vereinbart.

Ort, Datum

Name

Unterschrift

Falls Sie wünschen, dass eventuell fehlende Befunde von mitbehandelnden Kollegen und Kliniken angefordert werden, benötigen wir auch hierzu Ihr Einverständnis.

Ort, Datum

Name

Unterschrift