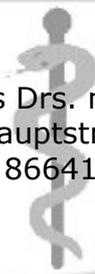


Praxis Drs. med. Holler  
Hauptstraße 11  
86641 Rain



Liebe Patientin, lieber Patient,  
um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, folgenden Fragebogen auszufüllen.

**Persönliche Daten:**

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
 Handy: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Sind folgende Erkrankungen bei Ihnen bekannt? Wenn ja, seit wann?

nein	ja		seit wann?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzerkrankungen, Herzinfarkt	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	angeborene oder erworbene Herzschwäche	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall, Durchblutungsstörung der Beine	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zuckererkrankung	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fettstoffwechselstörung (z.B. erhöhte Cholesterinwerte)	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungenerkrankungen (z.B. Asthma bronchiale, chronische Bronchitis, Tuberkulose, Lungenentzündung)	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thrombose oder Lungenembolie	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumorerkrankungen	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chronische Infektionskrankheiten	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutungsstörungen, Bluterkrankung	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Augenerkrankungen (z.B. grüner oder grauer Star)	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	psychische Erkrankungen (z.B. Depressionen, Psychosen)	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Operationen, Unfälle	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krampfleiden, andere Nervenleiden (z.B. Parkinson, Polyneuropathie)	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sonstige Erkrankungen _____	_____

Nehmen Sie Medikamente ein?

nein     ja

Wenn ja, welche?

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

## **Familienanamnese:**

Sind in Ihrer Familie folgende Erkrankungen bekannt?

- | nein                     | ja                       |                                  |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bluthochdruck                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Herzkranzgefäßerkrankungen       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schlaganfall                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Durchblutungsstörungen der Beine |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zuckererkrankungen               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tumorerkrankungen                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | psychische Erkrankungen          |

## **Sozialanamnese:**

Familienstand: \_\_\_\_\_

Kinder: \_\_\_\_\_

Beruf / Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Freizeitaktivitäten / Sport: \_\_\_\_\_

## **Allgemeine Anamnese:**

- | nein                     | ja                       |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeitsreaktionen (z.B. Medikamente / Kontrastmittel)?                                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rauchen Sie oder haben Sie geraucht<br>Wenn ja, seit wann und wie viel? _____  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Trinken Sie gelegentlich oder regelmäßig Alkohol?<br><input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> regelmäßig |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nehmen Sie regelmäßig Schlaftabletten, Stimmungsaufheller oder Drogen ein?   |

Besteht ein Impfschutz gegen:

- |                          |                          |                                  |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tetanus (Wundstarrkrampf)?       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diphtherie?                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Polio (Kinderlähmung)?           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Grippe?                          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pneumokokken (Lungenentzündung)? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pertussis (Keuchhusten)?         |

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift