

# PERSÖNLICHE ANGABEN

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Strasse Hausnr. , ggf. Stockwerk

\_\_\_\_\_  
PLZ Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefon zu Hause

\_\_\_\_\_  
Telefon geschäftlich

\_\_\_\_\_  
Telefon mobil

\_\_\_\_\_  
Email

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer

Soll in dringenden Fällen jemand verständigt werden?

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Telefon

**SEHR GEEHRTE PATIENTEN,**  
wir freuen uns über Ihre Treue zu unserer Praxis.

Die meisten Besuche beim Arzt sind zielgerichtet und es werden nur häufig einzelne Aspekte ihrer Gesundheit besprochen.

Daneben ist „nichts so beständig wie der Wandel“ (Heraklid). Dieser kann Ihre Lebenssituation, aber auch Ihre Gesundheit betreffen.

Daher möchte wir mit diesem Fragebogen diese Aspekte Abfragen und unseren Kenntnisstand ggf. aktualisieren. Bitte nehmen Sie sich Zeit für die Beantwortung der Fragen. Wir sind so in der Lagen gemeinsam neue Aspekte zu berücksichtigen.

Ihre Auskünfte unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertrauensvoll behandelt.



## ALLGEMEINE DATEN

\_\_\_\_\_  
Alter Jahre

\_\_\_\_\_  
Größe cm

\_\_\_\_\_  
Gewicht kg

W  M  D  
Geschlecht

Wann war Ihre letzte hausärztliche Vorsorgeuntersuchung (Check-up 35)?  
in den letzten 3 Jahren  länger als 3 Jahre her / nicht erinnerlich

Sind Sie regelmäßig bei anderen Fachärzten in Behandlung? (z. B. Lungenfacharzt, Onkologe, Dermatologe)  J  N

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

## A IHRE VORGESCHICHTE

Ja Nein

- A01** Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  
Wenn „Ja“, legen Sie bitte einen aktuellen Medikamentenplan bei  J  N
- A02** Müssen Sie regelmäßig zu Kontrolluntersuchungen?  
(allgemein empfohlene Krebsvorsorgeuntersuchungen ausgenommen)  J  N  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- A03** Haben Sie regelmäßige Therapieneinheiten?  
Physio-, Logo-, Ergo- und/oder Psychotherapie  J  N
- A04** Wurde Ihnen empfohlen bestimmte Nahrungsmittel zu meiden?  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  J  N
- A05** Haben Sie eine Pflegestufe oder einen Grad der Behinderung?  
Wenn ja, welchen? \_\_\_\_\_  J  N
- A06** Haben Sie sonstige Einschränkungen oder gesundheitliche Besonderheiten auf die Sie im Alltag Rücksicht nehmen müssen?  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  J  N

## B IHRE LEISTUNGSFÄHIGKEIT

- B01** Haben sie Einschränkungen beim Gehen? (ohne Pause)  J  N  
wohnungsmobil  < 100 m  100 - 500 m  500 - 1000 m   
mit Hilfsmittel  welches \_\_\_\_\_
- B02** Können Sie Treppensteigen? (ohne Pause)  J  N  
1 Etage  2 Etagen  3 Etagen  >3 Etagen
- B03** Benötigen Sie im Alltag Hilfsmittel?  J  N  
welches \_\_\_\_\_

## C IHR LEBENSUMFELD

- C01** Wer lebt mit Ihnen in Ihrem Haushalt? (Mehrfachangaben möglich)  
ich lebe allein  Ehepartner / Partner
- C02** Welchen Beruf/Tätigkeit üben Sie aus bzw. haben Sie zuletzt ausgeübt?  
\_\_\_\_\_ Kinder  \_\_\_\_\_ Andere   
Alter  
Längerfristig arbeitsunfähig oder frühberentet, wegen \_\_\_\_\_
- C03** Sportliche Betätigung?  <1  1-2  2-3  >3 Stunden pro Woche  
Welche Sportart \_\_\_\_\_

## D IHR RISIKOPROFIL

- D01** Gibt es chronische Erkrankungen bei Ihren Eltern/Geschwistern?  
Herzinfarkt / Schlaganfall  Diabetes mellitus  Krebserkrankung   
Autoimmunerkrankung  Andere  \_\_\_\_\_
- D02** Rauchen Sie?   \_\_\_\_\_ Zigaretten pro Tag / Schachteln pro Woche

## E IHRE LEBENSQUALITÄT

- E01** Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?  
sehr gut  zufriedenstellend  verbesserungswürdig
- E02** Wie würden Sie Ihre Stimmung im Allgemeinen beschreiben?  
sehr gut  zufriedenstellend  verbesserungswürdig
- E03** Wird Ihr Alltag beeinträchtigt durch (ungefähre Angaben)

- |                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Schmerzen                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verdauungsbeschwerden, Übelkeit       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schwindel                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Traurigkeit oder Antriebslosigkeit    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schlafstörungen                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ausgeprägte Tagesmüdigkeit            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schnarchen oder nächtliche Atempausen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Angst oder Panik ohne passenden Grund | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Atemnot bei leichter Belastung        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

> 10 Tage/Monat > 3 Monate

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## G IHRE WÜNSCHE AN UNS

Hier haben Sie Platz für Ergänzungen


Augsburg, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

# H UNSERE BÜROKRATIE

H01 Die praxiseigene Datenschutzrichtlinie habe ich gelesen und bin mit den dort beschriebenen Vorgehensweisen zur Datenspeicherung und Datenverarbeitung einverstanden.  J  N

H02 Mit der Weitergabe von Untersuchungsergebnissen oder Informationen über meinen Gesundheitszustand an mir nahe stehende, unten genannte Personen bin ich einverstanden.  J  N

Name	Verwandtschaftsgrad	Telefonnummer

H03 Sollte ich selbst nicht in die Praxis kommen können, bin ich mit der Ausgabe von Rezepten, Verordnungen oder ähnlichen Formularen an von mir beauftragte, aber hier nicht namentlich benannte Dritte einverstanden.  J  N

H04 Ich bin einverstanden

- mit der Zusendung von Emails / Post zur Terminerinnerung.  J  N
- mit der Zusendung von Emails / Post zur Erinnerung an Vorsorgeuntersuchungen. (ca. 1 x / 2 Jahre)  J  N
- mit der Zusendung von Emails / Post mit Praxisinformationen. (max. 4 x /Jahr)  J  N
- mit der Durchführung von Videosprechstunden über zertifizierte (DGSVO-konforme) Portale.  J  N

Augsburg, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

# I UNSERE STATISTIK

I01 Wie haben Sie von uns erfahren?  
persönliche Empfehlung  Internetsuche  Anzeige / Flyer  Praxisschild

I02 Hat ein Bewertungsportal Ihre Entscheidung beeinflusst?  J  N

I03 Haben Sie Interesse an unserer PraxisApp zur Terminvereinbarung, Rezeptbestellung oder für Anfragen?  J  N