Praxis Drs. Poschenrieder & Korzenietz

Praxis für Allgemeinmedizin und Innere Medizin

Dr. Rudolf Poschenrieder
Facharzt für Allgemeinmedizin – Naturheilverfahren
Regina Poschenrieder
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Martin Poschenrieder
Facharzt für Allgemeinmedizin – Diabetologie - Notfallmedizin
Dr. Gudrun Korzenietz
Fachärztin für Innere Medizin - Notfallmedizin

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

Name,Vorname:.....
Geburtsdatum:.....
Beruf: .....
Telefon:.....Handy:.....
E-Mail:.....

Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen?

			Seit wann? Nähere Angaben:
Bluthochdruck	Nein □	Ja □	.....
Herzkranzgefäße, Herzinfarkt	Nein □	Ja □	.....
Herzerkrankungen	Nein □	Ja □	.....
Schlaganfall	Nein □	Ja □	.....
Durchblutungsstörungen der Beine	Nein □	Ja □	.....
Zuckerkrankheit/ Diabetes	Nein □	Ja □	.....
Fettstoffwechselstörungen	Nein □	Ja □	.....
Tumorerkrankungen	Nein □	Ja □	.....
Lebererkrankungen	Nein □	Ja □	.....
Chronische Infektionskrankheiten	Nein □	Ja □	.....
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen	Nein □	Ja □	.....
Lungenerkrankungen (Asthma, COPD)	Nein □	Ja □	.....
Thrombose oder Lungenembolie	Nein □	Ja □	.....
Augenerkrankungen	Nein □	Ja □	.....
Psychische Erkrankungen	Nein □	Ja □	.....
Krampfleiden/ neurolog. Erkrankungen	Nein □	Ja □	.....
Operationen/Unfälle	Nein □	Ja □	.....
Sonstiges	Nein □	Ja □	.....

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel: ..... nicht mehr seit:.....
Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, wie viel: .....
Haben Sie Allergien? Nein □ Ja □
- Gegen Medikamente? Nein □ Ja □
- Wenn ja, gegen welche?.....
- Andere Allergien:.....

Prx. Drs. Poschenrieder und Korzenietz
Oberlinder Str. 29
92648 Vohenstrauß

info@praxis-vohenstrauss.de
Tel 09651 1777
Fax 09651 3388

Wie groß sind Sie:.....cm Wieviel wiegen Sie:.....

Haben Sie in den letzen 6 Monaten stark zu- oder abgenommen? nein □ zu □ ab □

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

.....

.....

.....

.....

Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt?

Herzkatheter	Nein □	Ja □
Darmspiegelung	Nein □	Ja □

Bitte bringen Sie zur nächsten Untersuchung Ihr Impfbuch mit.

Familienanamnese

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?

Bluthochdruck	Nein □	Ja □
Herzerkrankungen	Nein □	Ja □
Schlaganfall	Nein □	Ja □
Durchblutungsstörungen der Beine	Nein □	Ja □
Zuckererkrankung/Diabetes mellitus	Nein □	Ja □
Tumorerkrankungen	Nein □	Ja □
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen	Nein □	Ja □
Thrombose oder Lungenembolie	Nein □	Ja □

Sozialanamnese

Familienstand..... Kinder.....

Für Kinder: gemeinsames Sorgerecht □ alleiniges Sorgerecht □ Vater □ Mutter □

Sport(was, wie oft?).....

Gibt es bei Ihnen einen wichtigen Punkt, den Sie uns hier noch mitteilen möchten?

….....

Einverständniserklärung

Dürfen wir Sie an fällige Untersuchungen oder Termine, z.B. Impfungen und Vorsorge erinnern?

Nein □ Ja □

Bitte vereinbaren Sie stets einen Termin!

Denken Sie auch bei akuten Erkrankungen daran, vorher in der Praxis anzurufen. Falls erforderlich, ermöglichen wir Ihnen immer einen Termin am selben Tag.

Wir bitten Sie, Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, wenn Sie diese nicht einhalten können.

Wir danken Ihnen für Ihre Mühe. Bitte geben Sie den Fragebogen am Empfang ab. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.

.....

Datum, Unterschrift

Prx. Drs. Poschenrieder und Korzenietz
Oberlinder Str. 29
92648 Vohenstrauß

info@praxis-vohenstrauss.de
Tel 09651 1777
Fax 09651 3388