

Patientenerfassungsbogen

Wenn Sie erstmals in unsere Praxis kommen, würden wir uns freuen, wenn sie diesen Bogen ausfüllen könnten. Ihre Informationen sind wichtig, damit wir uns auf Ihr Anliegen vorbereiten und Ihre Beschwerden entsprechend einschätzen können.

Ideal wäre, wenn Sie uns den Fragebogen online ausfüllen oder noch vor Ihrem Termin bei uns per Post, Fax oder E-Mail zusenden. Wenn es ihnen möglich ist, bringen Sie bitte ihren aktuellen Medikamenten-Plan mit.

Online: www.hausarzt-lippitz.de/patientenerfassung-fragebogen

Anschrift: Praxis Dr. med. Falk Lippitz
Bahnhofstr. 44, 14612 Falkensee

Telefon: 03322 8509541
Fax: 03322 8509542
E-Mail: kontakt@hausarzt-lippitz.de

» Persönliche Daten

Vorname: _____		Familiename: _____	
Straße: _____			
Plz: _____	Ort: _____		
Größe: _____	Gewicht: _____	Geburtsdatum: _____	
Beruf: _____		Telefon: _____	
Mobil/dienstlich: _____		E-Mail: _____	

» Versicherungsdaten

Krankenkasse: _____	selbstversichert <input type="checkbox"/>	mitversichert <input type="checkbox"/>	
wenn mitversichert, dann bei:	Vater <input type="checkbox"/>	Mutter <input type="checkbox"/>	Ehemann <input type="checkbox"/> Ehefrau <input type="checkbox"/>

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt? Zum Beispiel:

Bluthochdruck	ja	nein
Diabetes mellitus	ja	nein
Herzrhythmusstörungen	ja	nein
Hohe Blutfettwerte	ja	nein
Hohe Harnsäurewerte (Gicht)	ja	nein
Infektionserkrankungen	ja	nein
Koronare Herzerkrankung	ja	nein
Lebererkrankungen	ja	nein
Nierenerkrankungen	ja	nein
Psychische Erkrankungen	ja	nein
Rheuma	ja	nein
Schilddrüsenerkrankungen	ja	nein
Schmerzen	ja	nein
Stoffwechselerkrankungen	ja	nein
Bewegungsapparat	ja	nein
Operationen/Unfälle	ja	nein

Andere: _____

Welche Beschwerden / Anliegen haben Sie und seit wann?

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Datum, Unterschrift