

# Fragebogen zur Krankengeschichte



Sehr geehrte(r) Patient:in,

bitte bringen Sie diesen ausgefüllten Fragebogen zu Ihrer Krankengeschichte zu Ihrem ersten Termin bei unseren Ärzt:innen mit. Selbstverständlich erhalten Sie diesen Fragebogen auch in unserer Praxis.

Bitte denken Sie auch an wichtige Krankenhausberichte, Arztbefunde, an Ihren Medikamentenplan und Ihren Impfausweis.

Die nachfolgende Erhebung hilft uns dabei, den Behandlungsbedarf einzuschätzen und ist ausschließlich zum internen Gebrauch bestimmt. Was Sie nicht beantworten möchten oder können, lassen Sie bitte aus.

## Persönliche Angaben

Name:

Vorname:

Straße/Hausnr.:

PLZ, Ort:

Geburtsdatum:

Telefon, E-Mail:

Größe:

Gewicht:

### 1. Gibt es Vorerkrankungen?

---

---

---

### 2. Sind Sie operiert worden?

---

---

---

### 3. Gab es stationäre Aufenthalte?

---

---

---

### 4. Bestehen Allergien?

---

---

---

# Fragebogen zur Krankengeschichte



5. Trinken Sie Alkohol, rauchen Sie, nehmen Sie Drogen?

---

---

---

6. Gibt es in Ihrer Familie vererbare Erkrankungen?

---

---

---

7. Gibt es aktuelle Beschwerden? Wenn ja, bitte näher beschreiben.

---

---

---

8. Welche Medikamente nehmen Sie?

Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Zur Nacht	Bei Bedarf

## Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung

Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

## Erklärung des(r) Patienten:in

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen. Der Speicherung meiner Daten zu Behandlungszwecken stimme ich zu.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient:in