

**Gemeinschaftspraxis
Dr. med. Roger Lux
Dr. med. Christina Lux**

Fachärzte für Innere Medizin
Akupunktur ◦ Ernährungsmedizin ◦ Hausärztliche Versorgung
Gesundheitszentrum am Lambertiplatz
Lambertiplatz 3. 40, 48653 Coesfeld

Tel.: (0 25 41) 53 88, Fax (0 25 41) 8 73 13, E-mail: info@gemeinschaftspraxis-lux.de, www.gemeinschaftspraxis-lux.de

Patienten- Fragebogen

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Zur Vorbereitung Ihres Besuchs benötigen wir von Ihnen noch einige Angaben. Bitte füllen Sie diesen Aufnahmebogen in Ruhe aus und geben Sie ihn bitte dann an der Anmeldung ab. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, wird Ihnen eine unserer Mitarbeiterin gerne bei der Beantwortung behilflich sein.

Name, Vorname: _____ **Geburtsdatum:** _____
Straße: _____ **PLZ/ Stadt:** _____
Beruf: _____ **Arbeitgeber:** _____
Tel. (privat)*: _____ **Tel. (geschäftlich)*:** _____
E-Mail*: _____ **Tel. (mobil)*:** _____
☐ verheiratet ☐ ledig ☐ geschieden ☐ verwitwet Kinder: ☐ ja ☐ nein Anzahl (Alter): _____

Anrede: ☐ Frau, Nachname ☐ Herr, Nachname ☐ Vorname, Nachname Pronomen: _____

Geschlechtsidentität: ☐ weiblich ☐ männlich ☐ nicht binär ☐ möchte ich nicht nennen ☐ _____

Schwerbehinderung: ☐ Grad _____ ☐ aG ☐ G ☐ B ☐ BI ☐ RF ☐ GL

Pflegegrad: _____

Rentenbezug (außer Altersrente): _____

Hatten sie folgende Kinderkrankheiten:

Masern	nein	☐	ja	☐	weiß nicht	☐
Röteln	nein	☐	ja	☐	weiß nicht	☐
Windpocken	nein	☐	ja	☐	weiß nicht	☐
Keuchhusten	nein	☐	ja	☐	weiß nicht	☐

Operationen:

Vorerkrankungen:

Bluthochdruck	nein	☐	ja	☐
Herzinfarkt	nein	☐	ja	☐
Herzmuskelschwäche	nein	☐	ja	☐
Schlaganfall	nein	☐	ja	☐
Zuckerkrankheit	nein	☐	ja	☐
Fettstoffwechselstörung	nein	☐	ja	☐
Magenerkrankung	nein	☐	ja	☐
Lebererkrankung	nein	☐	ja	☐
Lungenerkrankung	nein	☐	ja	☐
Tumorerkrankung	nein	☐	ja	☐
Nierenerkrankung	nein	☐	ja	☐
Rheuma	nein	☐	ja	☐
Gicht	nein	☐	ja	☐
Arthrose	nein	☐	ja	☐
Infektionskrankheiten	nein	☐	ja	☐
Psychische Erkrankung	nein	☐	ja	☐
Anfallsleiden	nein	☐	ja	☐
Hauterkrankung	nein	☐	ja	☐

Sonstige:

**freiwillige Angaben*

bitte wenden

nein ☐ ja ☐

ja ☐ nein ☐

Appetit	normal	☐	nicht normal	☐
	vermehrt	☐	vermindert	☐

Stuhlgang	normal	☐	nicht normal	☐
	Durchfall	☐	Verstopfung	☐

Wasserlassen	normal	☐	nicht normal	☐
	vermehrt	☐	nachts	☐

Gewicht	konstant	☐	nicht konstant	☐
	Zunahme	☐	Abnahme	☐

Wieviel: _____ kg

Nikotin ja ☐ nein ☐

Wenn ja: Zigaretten pro Tag: _____, seit wieviel Jahren: _____

Alkohol ja ☒ nein ☐

Wenn ja: ☐ täglich ☐ ab und zu ☐

Was: _____

Wie viel/ Wie oft (pro Woche): _____

Schlaf zufrieden ☐ unzufrieden ☐

Sexualität zufrieden ☐ unzufrieden ☐

Schwangerschaften nein ☐ ja ☐ wie viele: _____

Geburten nein ☐ ja ☐ wie viele: _____

Antibabypille nein ☐ ja ☐

Monatsblutung nein ☐ ja ☐

Regelmäßig ☐ nein ☐ ja ☐

Regelmäßige Vorsorge nein ☐ ja ☐ wann zuletzt:

9 9 9 9

Bluthochdruck nein ☐ ja ☐

Diabetes	nein	☐	ja	☐
----------	------	--------------------------	----	--------------------------

Herzinfarkt	nein	☐	ja	☐
-------------	------	--------------------------	----	--------------------------

Schlaganfall nein ☐ ja ☐

Schlaganfall	nein	☐	ja	☐
Asthma	nein	☐	ja	☐

Thrombosen	nein	☐	ja	☐
------------	------	--------------------------	----	--------------------------

Krebs nein ☐ ja ☐

wenn ja, welcher?:

Bekannt nein ☐ ja ☐

☐ Männervorsorge (_____) ☐ Darmspiegelung (_____) ☐ Check-Up-35 (_____) ☐ Haut (_____)

Organspendeausweis: ☐ ja/ ☐ nein

nein ☐ ja ☐

Wenn ja, bei wem/ weswegen:

Grand total Decidues:

Ihr Praxisteam