

**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): _____

Schwerbehinderung: _____ Grad _____ aG G B BI RF GL

Pflegegrad: _____

Rentenbezug (außer Altersrente): _____

Hatten sie folgende Kinderkrankheiten:

Masern	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	weiß nicht	<input type="checkbox"/>
Röteln	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	weiß nicht	<input type="checkbox"/>
Windpocken	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	weiß nicht	<input type="checkbox"/>
Keuchhusten	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	weiß nicht	<input type="checkbox"/>

Operationen:

Vorerkrankungen:

Bluthochdruck	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
Herzmuskelschwäche	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselstörung	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
Magenerkrankung	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankung	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankung	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
Rheuma	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
Gicht	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
Arthrose	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankung	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
Hauterkrankung	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>

Sonstige:

**freiwillige Angaben*

bitte wenden

Allergien: nein ja
Wenn ja, gegen: (Antibiotika, Schmerzmittel, andere Medikamente, Blütenstaub, Pollen, Gräser, Hausstaubmilben, Nahrungsmittel, etc.)

Regelmäßige Medikamenteneinnahme:

nein ja
Wenn ja, welche: _____

Betreiben Sie regelmäßig Sport? Haben Sie Hobbys?:

ja nein
Wenn ja, welchen/ welche: _____

Wie oft in der Woche: _____

Vegetative Anamnese:

Appetit	normal <input type="checkbox"/>	nicht normal <input type="checkbox"/>
	vermehrt <input type="checkbox"/>	vermindert <input type="checkbox"/>
Stuhlgang	normal <input type="checkbox"/>	nicht normal <input type="checkbox"/>
	Durchfall <input type="checkbox"/>	Verstopfung <input type="checkbox"/>
Wasserlassen	normal <input type="checkbox"/>	nicht normal <input type="checkbox"/>
	vermehrt <input type="checkbox"/>	nachts <input type="checkbox"/>
Gewicht	konstant <input type="checkbox"/>	nicht konstant <input type="checkbox"/>
	Zunahme <input type="checkbox"/>	Abnahme <input type="checkbox"/>
	Wieviel: _____ kg	
Nikotin	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja:	Zigaretten pro Tag: _____, seit wieviel Jahren: _____	
Alkohol	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja:	täglich <input type="checkbox"/>	ab und zu <input type="checkbox"/>
	Was: _____	
	Wie viel/ Wie oft (pro Woche): _____	
Schlaf	zufrieden <input type="checkbox"/>	unzufrieden <input type="checkbox"/>
Sexualität	zufrieden <input type="checkbox"/>	unzufrieden <input type="checkbox"/>

Bei Patientinnen:

Schwangerschaften	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	wie viele: ____
Geburten	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	wie viele: ____
Antibabypille	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	
Monatsblutung	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	
Regelmäßig	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	
Regelmäßige Vorsorge	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	wann zuletzt: ____

Familienvorgeschichte:

Bluthochdruck	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Diabetes	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Schlaganfall	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Asthma	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Thrombosen	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Krebs	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>

wenn ja, welcher?: _____

Impfschutz:

Bekannt nein ja

Letzte Vorsorge (Jahr):

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

Patientenverfügung/ Vorsorgevollmacht: ja/ nein

Organspendeausweis: ja/ nein

Weitere aktuelle ärztliche Mitbehandlung:

nein ja

Wenn ja, bei wem/ weswegen: _____

Aktuelle Beschwerden/ Grund Ihres Besuchs: _____

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben.

Ihr Praxisteam