

Fragebogen Neupatienten



Name: _____
Vorname: _____
Geb-datum: _____
Tel./Mobilnr: _____
Email: _____
Versicherung: _____
Ehemaliger Hausarzt: _____

**Gerne zu Hause
ausfüllen und
einreichen**

per E-Mail info@regiodocs.de

oder persönlich

Sind folgende Erkrankungen bei **Ihnen oder in Ihrer Familie** bekannt? Bitte kreuzen Sie an.

	Familie selbst			Familie selbst	
Rücken/Gelenkserkrankungen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Magen-Darm:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herz-Kreislaferkrankungen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hauterkrankungen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schilddrüsenerkrankungen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lungenerkrankungen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes-/Zuckererkrankungen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Krebserkrankungen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychische Erkrankungen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Neurol. Erkrankungen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige:	_____				

Leiden Sie an Allergien? Ja: welche _____ Nein:

Leiden Sie derzeit an neuen oder bekannten Beschwerden?

Bestehen **persönliche Risikofaktoren**? Bitte kreuzen Sie an.

Nikotin: Ja: (Anzahl der Zigaretten pro Tag) _____ Nein:

Alkohol: regelmäßig (z.B. täglich 1 Bier): unregelmäßig: Nein:

Bewegen Sie sich mind. 1 Stunde pro Woche bewusst? Ja: Nein:

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Teilnahme am **DMP** (Disease-Management-Programm)? Ja: welche(s) _____ Nein:

Teilnahme am **Hausarztvertrag**? Ja: Nein:

Bitte bringen Sie Ihren **aktuellen Medikamentenplan und Impfausweis** mit, falls vorhanden.