

# FRAGEBOGEN FÜR NEUPATIENTEN

Dres. med. Marita und Alexander Mentel, Fachärzte für Allgemeinmedizin

Rosenstr. 6, D-55270 Schwabenheim, Tel. 06130/221, praxis@mentel.org

.....  
Name, Vorname, Geburtsdatum

.....  
Wohnort, e-Mail, Telefon

Berufliche Tätigkeit: .....

Familienstand: ..... Anzahl und Geburtsjahr von Kindern: ..... Haustiere: .....

Ihre Körpergröße: ..... cm Ihr Körpergewicht: ..... kg

Rauchen Sie? O Nein O Ja, ca. .... Zigaretten täglich. Anderes: .....

Trinken Sie alkoholhaltige Getränke? Etwa ..... Gläser (z.B. ¼ l Wein, ½ l Bier) pro Woche.

Welche Medikamente nehmen Sie in welcher Dosierung regelmäßig zu sich? O keine

.....  
.....

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?			
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Angina pectoris	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	Sonstige Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Blutfettwerte	<input type="checkbox"/>	Krampfadern	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen:			

Bestehen Allergien? O Nein O Ja, gegen .....

Operationen: O Nie O Ja, an .....

Gab es einen auffälligen Verlauf der Kinderkrankheiten? O Nein O Ja: .....

Welche besonderen Krankheiten sind in bei Blutsverwandten aufgetreten? .....

.....

Ist Ihr Appetit O reduziert O normal O gesteigert O sonst verändert: .....

Ist Ihr Stuhl O zu dünn O normal O zu fest andere Auffälligkeiten: .....

Auffälligkeiten beim Wasserlassen: O keine O starker Harndrang O Schmerzen O sonstiges: .....

Schlafen Sie O gut O normal O schlecht

Ihre aktuellen medizinischen Beschwerden: .....

.....  
.....  
.....

Dres. med. Marita und Alexander Mentel, Fachärzte für Allgemeinmedizin

## Schweigepflichtsenbindung

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen an folgende Angehörige weitergegeben werden, nachdem deren Identität am Telefon durch einfaches Befragen festgestellt wurde:

Name: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich damit einverstanden, dass das Praxispersonal mich nach festgelegten Zeitabständen an Impfungen und DMP- und Vorsorgeuntersuchungen erinnert.

## Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung

**Ich habe die Patienteninformation zum Datenschutz (Version vom 20.06.2018) der Praxis Dres. Mentel erhalten. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten und Befunde, wie darin beschrieben, verarbeitet und übermittelt werden dürfen. Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann.**

Schwabenheim, \_\_\_\_ . \_\_\_\_ .20 \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Bitte lesen Sie unseren Praxisordner im Wartezimmer und informieren Sie sich an der Anmeldung über die Praxisurlaubszeiten!**