



Dr. med. J. Demmerle und
Dr. (BG) Y. Seiferth GbR

Tel. 0 63 02 – 25 26
Mail kontakt@mvz-nordpfalz.de
Web mvz-nordpfalz.de

Um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen?

Bluthochdruck	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Schlaganfall	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit/Diabetes	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> , welche:
Durchblutungsstörungen der Beine	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> , welche:
Fettstoffwechselstörungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> , welche:
Schilddrüsenerkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> , welche:
Tumorerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> , welche:
Lebererkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> , welche:
Chronische Infektionskrankheiten	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> , welche:
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> , welche:
Lungenerkrankungen (Asthma, COPD)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> , welche:
Thrombose oder Lungenembolie	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> , welche:
Augenerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> , welche:
Psychische Erkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> , welche:
Krampfleiden/neurolog. Erkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> , welche:
Operationen/Unfälle	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> , welche:
Sonstiges	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> , welche:

Rauchen Sie?

Nein Ja

- Wenn ja, wie viel pro Tag? _____ nicht mehr seit: _____

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol?

Nein Ja

- Wenn ja, wie viel pro Woche? _____

Haben Sie Allergien?

Nein Ja

- Wenn ja, welche? _____

Wie groß sind Sie? _____ m, wie viel wiegen Sie? _____ kg

Haben Sie in den letzten 6 Monaten stark zu-/oder abgenommen? Nein Ja

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Familienanamnese

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?

Bluthochdruck	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Schlaganfall	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen der Beine	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Zuckererkrankung/Diabetes mellitus	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Tumorerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Thrombose oder Lungenembolie	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

Sozialanamnese

Familienstand: _____ Kinder: _____

Sport (was, wie oft?): _____

Gibt es bei Ihnen einen wichtigen Punkt, den Sie uns hier noch mitteilen möchten?

Es ist wichtig, dass Sie uns alle Veränderungen (Adresse, Telefonnummer usw.) mitteilen.

Wir danken für Ihre Mühe, bei Fragen helfen wir gerne!

Winnweiler, den
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)