



# ARZTPRAXIS HAAKE

Allgemeinmedizin  
Sportmedizin

Anästhesiologie - Notfallmedizin - Palliativmedizin

## Fragebogen zur Krankengeschichte

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

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

Bluthochdruck	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Herzkranzgefäße, Herzinfarkt	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"/>
Zuckerkrankheit/ Diabetes	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselstörung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Tumorerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Chronische Infektionskrankheiten	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Lungenerkrankung (Asthma, COPD)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Thrombose o. Lungenembolie	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Augenerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Krampfleiden/neurolog. Erkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Operationen/ Unfälle	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>



# ARZTPRAXIS HAAKE

Allgemeinmedizin  
Sportmedizin

Anästhesiologie - Notfallmedizin - Palliativmedizin

## Familiäre Erkrankungen:

Herzinfarkt	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Schlaganfall	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Darmkrebs	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Diabetes	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Sonstige familiäre Erkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

## Rauchen Sie?

Nein  Ja

Wenn ja, wie viel: ..... Nicht mehr seit: .....

## Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol?

Nein  Ja

Wenn ja, wie viel: .....

## Haben Sie Allergien?

Nein  Ja

## Gegen Medikamente?

Nein  Ja

## Wenn ja, gegen welche?

.....

.....

## Andere Allergien?

.....

.....

Größe: (cm)

Gewicht: (kg)

## Sozialanamnese / Familienstand:

.....

## Kinder:

.....

## Sport (was & wie oft?)

.....



# ARZTPRAXIS HAAKE

Allgemeinmedizin  
Sportmedizin

Anästhesiologie - Notfallmedizin - Palliativmedizin

**Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? Bitte Angabe mit Dosierung und Einnahmевorschrift. DANKE!**

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

**Gibt es weitere wichtige Punkte, die Sie mir hier noch mitteilen möchten?**

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

## **Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung**

Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

## **Erklärung des(r) Patienten:in**

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen.

Der Speicherung meiner Daten zu Behandlungszwecken stimme ich zu.

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift