



Mitglied im Praxisnetz Vorderpfalz
Hausärztliche Gemeinschaftspraxis Speyer-Nord

Dr. med. Peter Erb, Facharzt für Innere Medizin
Dr. med. Nadine Pletsch, Fachärztin für Innere Medizin
Dr. med. Nikolai Wezler, Facharzt für Innere Medizin
Diabetologie, Notfallmedizin, Geriatrie, Palliativmedizin,
Traditionelle Chinesische Medizin, Akupunktur

Weißdornweg 6, 67346 Speyer
Tel. 06232/41444, Fax. 06232/41445

Fragebogen für Neupatienten

Sehr geehrte Patienten, um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen. Alle Daten werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte vor der Behandlung ausfüllen und an der Anmeldung abgeben

1. Allgemeine Angaben

Name, Vorname:

Geburtsdatum:Geburtsort:

Muttersprache:

Familienstand: Patientenverfügung: Ja Nein

Beruf:

Adresse:

Telefon: Handy:

E-Mail:

2. Gesundheitsbezogene Angaben

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?	Ja / Nein	Falls Sie mit ja antworten: bitte ergänzen
Allergien	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Atemwegserkrankung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Augenerkrankung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Neurologische Erkrankung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Migräne	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Magen-Darmerkrankung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
weitere Erkrankungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Sind sie schon einmal operiert worden? Wenn ja, woran und wann?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

3. Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? Falls Sie einen Medikamentenplan haben, legen Sie uns diesen bitte vor.

4. Lebensstil

	Ja / Nein	
Wie groß sind Sie?	cm	
Wieviel wiegen Sie?	kg	
Treiben Sie regelmäßig Sport?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Datum:Unterschrift: