



Hausarztzentrum Mitte
im Medicus Speyer

Dr. med. Mariola Diemert
Annamaria Orth
Holger Renner
und KollegInnen

Akupunktur
Sonografie

Diabetologie
Notfallmedizin

Geriatric
Naturheilverfahren

Hausarztzentrum Mitte im Medicus Speyer
Bahnhofstraße 49 67346 Speyer

Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin
Bahnhofstraße 49
67346 Speyer
Tel: 06232 – 100 127 – 0
Fax: 06232 – 100 127 – 77
info@hausarztzentrum-mitte.de
www.hausarztzentrum-mitte.de

Patientenfragebogen

Name _____ Vorname _____ Geb.-Datum _____

Telefon _____ Beruf _____ e-mail-Adresse _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wenn Sie unsere Praxis aufsuchen, erleichtern Sie uns die Klärung Ihrer Beschwerden, indem Sie folgenden Fragebogen ausgefüllt zum Arztbesuch mitbringen.

Es handelt sich um wichtige Fragen zu Ihrer eigenen Vorgeschichte oder um Erkrankungen in der Familie.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe

Ihre Hausärzte

Dr. med. Mariola Diemert, Annamaria Orth, Holger Renner und KollegInnen

Aktuelle Beschwerden oder Anliegen (in Stichworten):

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Wegen welcher Erkrankungen waren Sie bereits in Krankenhausbehandlung?

Erkrankung	Krankenhausname(oder Kurklinik)	Wann (Jahr)

Nikotin (wie viel?, was?, seit wann nicht mehr?): _____

Alkohol (wieviel?, was?): _____

Aktuelles Gewicht _____ kg Körpergröße _____ cm Gewicht konstant o ja o nein

Stuhlgang: o regelmäßig o unregelmäßig o Verstopfung Urin o normal o Beschwerden

Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie vorgekommen?

Zuckerkrankheit Hoher Blutdruck Herzinfarkt (wann?)

Gicht Asthma Gallen/Nierensteine

Krebsleiden: welches Organ war betroffen? _____

sonstige Erkrankungen: _____

Hatten oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

Allergien (bitte geben Sie an worauf Sie allergisch reagieren!):

- Heuschnupfen _____
 Medikamente _____
 sonstige Stoffe _____

Kinderkrankheiten:

- Röteln Masern Windpocken Mumps Keuchhusten
 Pfeiffersches Drüsenfieber Scharlach
sonstige _____

- Lungenerkrankungen:** Asthma chronische Bronchitis Lungenentzündung
 sonstige _____

Herz- und Gefässerkrankungen:

- Hoher Blutdruck Herzinfarkt Durchblutungsstörungen der Beine Schlaganfall
 Krampfadern Thrombosen
sonstige _____

Stoffwechselerkrankungen:

- Zuckerkrankheit bekannt seit: _____ Behandlung _____
 erhöhtes Cholesterin bekannt seit: _____ Behandlung _____
 Schilddrüsenerkrankung bekannt seit: _____ Behandlung _____
sonstige: _____

Knochen- und Gelenkerkrankungen:

- Bandscheibenschaden wo _____
 Gelenkbeschwerden wo _____
 Rheuma, sonstige _____

Bauchorgane:

- Gallenerkrankungen: Gallensteine sonstige: _____
 Lebererkrankungen: Hepatitis A B C sonstige: _____
 Magenerkrankungen: _____
 Darmerkrankungen: _____

Hals-Nasen-Ohren-Augen-Krankheiten:

- Hals/Nase/Ohren: _____
 Augen: _____

Erkrankungen der Harnwege und Geschlechtsorgane:

- Nierensteine (wann/welche Seite war betroffen) _____
 Infektionen der Nieren Infektionen der Blase: _____
 Erkrankungen der Prostata: _____
 Gynäkologische Erkrankungen: Organ: _____
Nur für **weibliche Patienten**:
 Regelbeschwerden: _____ Wechseljahre (Beginn): _____
 Geburten _____ Pille _____

Sonstige Erkrankungen:

- Nerven- oder Gemütskrankungen: _____
Krampfanfälle: seit: _____ Bluterkrankungen Hauterkrankungen
 andere Erkrankungen, nach denen noch nicht gefragt wurde: _____

Impfungen (welche?, Jahr der letzten Impfung):

- Tetanus _____ Diphtherie _____ Polio _____ Hepatitis B _____ FSME _____
 Pneumokokken _____ Mumps _____ Masern _____ Röteln _____
 Grippeimpfung regelmäßig _____
 sonstige Impfungen: _____

am besten bringen Sie den Impfpass zur Überprüfung mit in die Praxis!

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

Datum

Unterschrift