



Fragebogen für Ihren ersten Besuch

Bitte füllen Sie den Bogen so vollständig aus, wie es Ihnen möglich ist. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliche Angaben

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefon

Mobil

E-Mail

Beruf

Größe (cm)

Gewicht (kg)

Versicherung ☐ gesetzlich ☐ privat ☐ Beihilfe ☐ Selbstzahler

Krankenkasse / Versicherung

Hausarzt/-ärztin (falls nicht wir)

Anlass Ihres Besuchs ☐ Hausärztliche Behandlung ☐ Venen/Krampfadern ☐ Offenes Bein
☐ Hormone ☐ Sonstiges

Was führt Sie zu uns? Seit wann bestehen die Beschwerden?

Vorerkrankungen

Herz-Kreislauf (z. B. Bluthochdruck, Herzinfarkt, Rhythmusstörungen)

☐ nein ☐ ja

Thrombose, Lungenembolie oder Gerinnungsstörung

☐ nein ☐ ja

Schlaganfall

☐ nein ☐ ja

Diabetes (Zuckerkrankheit)

☐ nein ☐ ja

Schilddrüsenerkrankung

☐ nein ☐ ja

Erkrankungen von Leber oder Niere

☐ nein ☐ ja

Lungenerkrankung, Asthma

☐ nein ☐ ja

Krebserkrankung (auch früher)

☐ nein ☐ ja

Psychische Erkrankung, Depression

☐ nein ☐ ja

Infektionskrankheit (z. B. Hepatitis, HIV)

☐ nein ☐ ja

Frühere Operationen und Krankenhausaufenthalte

Medikamente und Allergien

Welche Medikamente nehmen Sie ein (auch Nahrungsergänzung, Hormone, Pille)? Bitte Medikamentenplan mitbringen.

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? ☐ nein ☐ ja

Allergien und Unverträglichkeiten (z. B. Medikamente, Pflaster, Betäubungsmittel, Jod, Latex)

Lebensgewohnheiten und Familie

Rauchen ☐ nie ☐ früher ☐ ja

Alkohol ☐ selten/nie ☐ regelmäßig

Nur für Frauen: Schwangerschaft möglich? ☐ nein ☐ ja ☐ unsicher

Erkrankungen in der Familie (Eltern, Geschwister), z. B. Herzinfarkt, Krebs, Thrombose, Diabetes

Bitte bringen Sie zum Termin mit: Versichertenkarte bzw. Versicherungsnachweis, aktuelle Befunde und Arztbriefe, Medikamentenplan, Impfpass.

Ort, Datum

Unterschrift