



Hausärztliche BAG
Dr. med./Univ. Zagreb Slobodan Matic´

Dr. med. Oliver Kunkel
Fachärzte für Allgemeinmedizin
Messeplatz 2
61197 Florstadt – Nieder Florstadt
☎ 06035 - 6033 • 📠 06035 - 7042

Ärztliche Fragen zur Krankenvorgeschichte und zu den jetzigen Beschwerden

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
vor Beginn der Untersuchung möchten wir Ihnen ein paar allgemeine Fragen stellen.
Wir bitten Sie, die nachfolgenden Fragen sorgfältig und gewissenhaft zu beantworten.
Dieser Fragebogen kann natürlich das persönliche Gespräch nicht ersetzen, es jedoch
wesentlich erleichtern.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum & -ort: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg Geschlecht: w m

Beruf: _____ Krankenkasse: _____

Anschrift: _____



Hausärztliche BAG
Dr. med./Univ. Zagreb Slobodan Matic´

Dr. med. Oliver Kunkel
Fachärzte für Allgemeinmedizin
Messeplatz 2
61197 Florstadt – Nieder Florstadt
☎ 06035 - 6033 • 📠 06035 - 7042

Tel.: _____ Mobil: _____

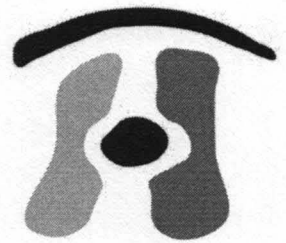
Email.: _____

Aktuelle Beschwerden:

Welche und seit wann:

Haben Sie eine oder mehrere der folgenden Vorerkrankungen?

Vorerkrankungen	Nein	Ja	Wenn ja, seit wann? Welche?
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutzuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hauterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen/Darm Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Hausärztliche BAG
Dr. med./Univ. Zagreb Slobodan Matic´

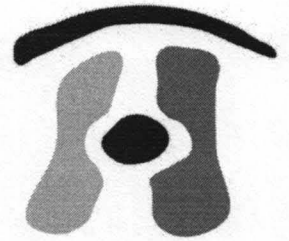
Dr. med. Oliver Kunkel
Fachärzte für Allgemeinmedizin
Messeplatz 2
61197 Florstadt – Nieder Florstadt
☎ 06035 - 6033 • 📠 06035 - 7042

Fett-Stoffwechselstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenk-Rheuma, Knochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose/HIV (AIDS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma / Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wurden bereits Operationen durchgeführt? Nein Ja Wenn ja, welche? Wann?

Leiden Sie an einer Allergie? Nein Ja Wenn ja, welche? Seit wann?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein Ja Wenn ja, welche? Wie oft?



Hausärztliche BAG
Dr. med./Univ. Zagreb Slobodan Matic

Dr. med. Oliver Kunkel
 Fachärzte für Allgemeinmedizin
 Messeplatz 2
 61197 Florstadt – Nieder Florstadt
 ☎ 06035 - 6033 • 📠 06035 - 7042

Name	Morgens	Mittags	Abends	zur Nacht

Vegetative Anamnese

Durst	Normal <input type="checkbox"/>	Vermehrt <input type="checkbox"/>
Appetit	Normal <input type="checkbox"/>	Vermehrt <input type="checkbox"/>
Stuhlgang	Normal <input type="checkbox"/>	Vermehrt <input type="checkbox"/>
wenn nicht normal	Durchfall <input type="checkbox"/>	Verstopfung <input type="checkbox"/>
wenn Durchfall	mit Blut <input type="checkbox"/>	mit Schleim <input type="checkbox"/>
Wasserlassen	Normal <input type="checkbox"/>	Vermehrt <input type="checkbox"/>
Nachts öfter als 2x	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Nachtschweiß	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Gewicht	Zunahme <input type="checkbox"/>	Abnahme <input type="checkbox"/>

Zigaretten Nein Ja Wenn ja, wie viele am Tag? _____

Alkohol Nein Ja Wenn ja täglich ab und zu

Für Patientinnen:



Hausärztliche BAG
Dr. med./Univ. Zagreb Slobodan Matic

Dr. med. Oliver Kunkel
Fachärzte für Allgemeinmedizin
Messeplatz 2
61197 Florstadt – Nieder Florstadt
☎ 06035 - 6033 • 📠 06035 - 7042

Besteht eine Schwangerschaft	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
Geburten	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Wie viele:..... Wann:.....
Anitbabypille	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
Monatsblutung regelmäßig	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
Vorsorge beim Frauenarzt	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Letzte Vorsorge ca.....Mon.

Leidet jemand aus ihrer Familie an folgenden Erkrankungen? Wenn ja, welche?

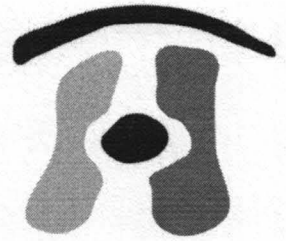
Bluthochdruck	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Herzerkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Blutzuckerkrankheit	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Schlaganfall	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Asthma	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Krebserkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Andere Erkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

Besitzen Sie einen Impfausweis? Nein Ja

Bitte bringen Sie diesen beim nächsten Besuch mit, wir überprüfen gerne Ihren Impfstatus.

Vorsorge-Untersuchungen

Gesundheitsuntersuchung ab 35. Lebensjahr? Nein Ja , wann _____



Hausärztliche BAG
Dr. med./Univ. Zagreb Slobodan Matic

Dr. med. Oliver Kunkel
Fachärzte für Allgemeinmedizin
Messeplatz 2
61197 Florstadt – Nieder Florstadt
☎ 06035 - 6033 • 📠 06035 - 7042

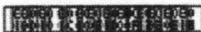
Vorsorge Darmspiegelung ab 55. Lebensjahr? Nein Ja , wann _____

Krebsfrüherkennung Männer ab 45. Lebensjahr? Nein Ja , wann _____

Hautkrebs-Vorsorge ab 35. Lebensjahr? Nein Ja , wann _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung Internet Telefonbuch Sonstiges



Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum:



Praxis Dr.
Matic/Dr.
Kunkel

Erinnerung an Präventionsleistungen

Formblatt

1.5.2 (1)

Einwilligungserklärung zur Erinnerung an Vorsorgeuntersuchungen

- | | |
|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Früherkennung Hautkrebs | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Früherkennung Prostatakrebs | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Früherkennung Darmkrebs/Stuhltest ab
50 Jahren | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Gesundheits-Check-up ab 35 | <input type="checkbox"/> _____ |

Bitte informieren Sie mich auf folgendem Weg

- | | |
|----------------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Telefon | Telefonnummer _____ |
| <input type="checkbox"/> E-Mail | Email-Adresse _____ |
| <input type="checkbox"/> Fax | Faxnummer _____ |

Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden, dass die Praxis Dr. Matic/Dr. Kunkel aus Florstadt mich nach festgelegten Zeitabständen an o. g. Untersuchungen erinnert. Alle Fragen dazu wurden mir beantwortet.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Erinnerung an Präventionsleistungen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift Patient(in)/
gesetzlicher Vertreter