

Name: _____

Sehr geehrte Patientin,

im Rahmen unserer Systemumstellung war es leider nicht möglich, alle alten Daten automatisch ins neue System zu überführen.

Daher möchten wir Sie bitten, uns folgenden Fragebogen auszufüllen, damit wir unsere Informationen vervollständigen können.

Vielen Dank für Ihre Mühe

Ihr Praxisteam

Leiden Sie an einer/mehreren Erkrankungen?

z. B. Krebserkrankungen, Diabetes, Bluthochdruck, Gerinnungsstörung, Thrombose, Schlaganfall, sonstige

Hatten Sie Operationen/ wann?

z. B. Gebärmutter, Eierstöcke, Blinddarm, Galle, Darm, Brust oder sonstige

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

Wenn ja, welche?

Leidet ein Familienmitglied an einer der folgenden Erkrankungen?

Krebs (Art?), Diabetes, Gerinnungsstörungen, Thrombose, Schlaganfall, Erberkrankungen, Sonstige

Haben Sie Kinder?

Jahr	Geschlecht/Name	Entbindungsart	Besonderheiten (z. B. Frühgeburt, Erkrankungen)

Hatten Sie Fehlgeburten oder Schwangerschaftsabbrüche?

Wenn ja, wann und in welcher Schwangerschaftswoche?

Haben Sie Allergien?

z. B. gegen Pflaster, Penicillin oder sonstige Medikamente