



Hausarztpraxis

Friederike Gunkel | Fachärztin für Allgemeinmedizin

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, dass Sie sich von uns hausärztlich betreuen lassen wollen und begrüßen Sie in unserer Praxis. Um Sie optimal behandeln zu können ist es für uns sehr wichtig Ihre bisherige Krankengeschichte zu kennen.

Wir bitten Sie die folgenden Fragen so gut wie möglich zu beantworten. Sollten Sie sich bei einer Frage unsicher sein können wir diese Fragen beim ersten Termin gerne mit Ihnen zusammen besprechen.

Die Angaben sind natürlich freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sie dienen lediglich dazu uns von Ihrem Gesundheitszustand ein Bild zu machen um Sie optimal medizinisch versorgen zu können..

Bitte bringen Sie zu Ihrem ersten Termin mit:

- Ihren Impfausweis wenn vorhanden
- Die ausgefüllte Datenschutzerklärung
- Die Vorbefunde vom früheren Hausarzt
- Einen aktuellen Medikamentenplan
- Allergieausweis wenn vorhanden

Vielen Dank,
Ihr Praxis-Team

Eichendorffstrasse 14d | 97072 Würzburg

Tel.: 0931-72750 | Fax: 0931-8803795

info@hausarztpraxis-gunkel.de | www.hausarztpraxis-gunkel.de



IHRE PERSONALIEN

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort
Krankenkasse	E-Mail Adresse
Telefonnummer	Handynummer
Beruf	Früherer Hausarzt
Weitere behandelte Ärzte	Betreuende Sozialstation

Berufskrankheit: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Pflegestufe:
Schwerbehinderung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ____ %	Besteht eine Patientenverfügung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie zahlungsbefreit? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

GESUNDHEITZUSTAND

Körpergröße: _____ cm	Körpergewicht: _____ kg
Rauchen Sie?: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Trinken Sie Alkohol? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

EIGENE VORERKRANKUNGEN

1. Allergien	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2. Atemwegerkrankungen (z.B. Asthma/COPD)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

GESUNDHEITSGESCHICHTE

Bestanden oder bestehen bei Ihren nahen Verwandten (Eltern, Geschwister, Kinder) folgende Erkrankungen?

Diabetes <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bluthochdruck <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Herzerkrankungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Allergien <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Tumorerkrankungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

AKTUELLE BESCHWERDEN

Bestehen aktuell Beschwerden? ja nein

Wenn ja welche?