



## Qualitätsmanagement

Dr. med. Dagmar Hofmann  
Praktische Ärztin  
Ahornstr. 111  
84030 Ergolding

### Fragebogen zur Aufnahme

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen auch hinten möglichst vollständig aus. Dies dient Ihrer persönlichen Behandlungssicherheit! Alle Angaben sind freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

#### Patient

Vorname(n) \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

#### Anschrift

Straße, \_\_\_\_\_ Postleitzahl Ort \_\_\_\_\_

#### Telefon

Tel. privat \_\_\_\_\_ Tel. geschäftlich - Handy \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_ Bezugspersonen - Erreichbarkeit \_\_\_\_\_

#### Beruf

\_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

#### Versicherung:

- |   |  |                                   |
|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mitglied         | <input type="checkbox"/> Gesetzlich            | <input type="checkbox"/> Privat   |
| <input type="checkbox"/> Familienmitglied | <input type="checkbox"/> Freiwillig versichert | <input type="checkbox"/> Beihilfe |
| <input type="checkbox"/> Rentner          |  |                                   |

#### Hauptversicherter

Vorname(n) \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Empfohlen/überwiesen

durch: \_\_\_\_\_

Früherer Hausarzt \_\_\_\_\_

Mitbehandelnde Fachärzte \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ kg \_\_\_\_\_ cm  Rechtshänder  Linkshänder

**Aktuelles Gewicht**

**Aktuelle Größe**

Aktuelle Medikamente	Dosierung	Aktuelle Medikamente	Dosierung

*Ich willige zur Erhebung, Dokumentation und Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden **an und von** anderen Leistungserbringern ein. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann*

**Bitte Rückseite beachten!**



**Datum** \_\_\_\_\_ **Unterschrift** \_\_\_\_\_

Erstellt von: dh	Freigegeben von: dh	Geprüft von: uh
Erstellt am: 12.03.2014	Freigegeben am: 30.06.2014	Geprüft am: 08.04.2018
Version: 11	Seite 1 von 2	Letzte Änderung am: 08.04.2018



## Qualitätsmanagement

Dr. med. Dagmar Hofmann  
Praktische Ärztin  
Ahornstr. 111  
84030 Ergolding

Bitte ankreuzen

bitte ggf. zutreffendes markieren und ergänzen

Krankengeschichte	Besonderheiten
Frühere Krankheiten <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Kopf – Hals - Herz – Lunge – Leber – Bauch – Nieren sonst.
Unfälle Arbeitsunfall	Verkehr – Freizeit – Sport – Sonstiger Art des Unfalls:
Frühere Operationen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Mandeln – Rachenmand. – Blinddarm – Schilddrüse Wann: Herz – Bauchraum – Unterleib – Adern – Abszesse Kopf – Wirbelsäule – Knochen – Bänder – Gelenke
Bewegungsapparat <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Arthrose – Osteoporose – Rheuma – M.Bechterew – and.
Herzerkrankungen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Herzfehler – Infarkt – Myokarditis – Schrittmacher Wann:
Blut- bzw. Kreislauf- Krankheiten <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Blutdruck: 0 hoch 0 niedrig 0 Kollapsneigung 0 Blaue Flecken 0 Thrombosen 0 Blutungsneigung 0 Venen 0 Arterien 0 Gehirnschlag
Innere Krankheiten <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	0 Zucker (Diabetes) 0 Schilddrüse 0 Lunge 0 Asthma 0 Niere 0 Blase 0 Harnwege 0 Steine 0 Blutungen 0 Magen 0 Darm 0 Leber 0 Galle 0 Steine
Infektionskrankheiten <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Lippenherpes – Herpes zoster – Drüsenfieber (Mononucle.) Hepatitis A – B – C – and. – HIV – Geschlechtskrankheiten Tuberkulose – Wurmbefall – Malaria Andere
Neurologische Krankheiten <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anfallsleiden <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Migräne – Schwindel – Neuralgie – Kribbeln – Lähmung wo: Schlafstörungen – Depression – Epilepsie - M. Parkinson
Schwangerschaft Frauenleiden	Wieviele Geburten? Verlauf: Brust – Gebärmutter – Eierstöcke – Regel – hormonell
Allergien <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Medikamentenallergie <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Pollen Monat: Feb – März – April – Mai – Juni – Juli – Aug Hausstaub – Tiere: welches? Haushalt/Arbeit: was ? welches?
Arzneimittelleinnahme <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Welche? Seit wann?
Genussmittel	Süßigkeiten <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Alkohol <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wieviel Rauchen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wieviel? Anderes?
Aktuelles Befinden	Sehr gut – gut – mittel – mäßig – schlecht – total erschöpft
Chronische Beschwerden	Kopfschmerz Wo? Schwindel Ohrgeräusch Summen – Pfeifen – Rauschen – Pulsieren Wirbelsäule – Rheuma – Arthrose Atmung – Herz – Kreislauf Bauch – Verdauung – Blähungen – Verstopfung – Durchfall
Bemerkungen	

Vielen Dank für Ihre Bemühungen bei der Beantwortung der Fragen. Sie haben uns damit geholfen.

Erstellt von: dh	Freigegeben von: dh	Geprüft von: uh
Erstellt am: 12.03.2014	Freigegeben am: 30.06.2014	Geprüft am: 08.04.2018
Version: 11	Seite 2 von 2	Letzte Änderung am: 08.04.2018