

# FRAGEBOGEN PATIENTENAUFNAHME

Herzlich Willkommen bei Frau Dr. Gerke!

Wir freuen uns Sie in unserer Praxis begrüßen zu können!

Wir möchten für Sie unseren Service und unsere Qualität/Leistungen auf einem hohen Niveau halten und uns weiterentwickeln. Mit dem Ausfüllen dieser Seiten unterstützen Sie unsere Praxis.

Besten Dank!

Frau Dr. Gerke und Team

## Meine Daten

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

## Telefonisch zu erreichen:

Privat: \_\_\_\_\_ ab \_\_\_\_\_ Uhr

Beruflich: \_\_\_\_\_ ab \_\_\_\_\_ Uhr

Mobil: \_\_\_\_\_ ab \_\_\_\_\_ Uhr

## Ich interessiere mich für folgende Themen der praxisbezogenen Schwerpunkte:

- Hautkrebs-Vorsorge / Hautscreening
- Allergien - Behandlung und Prävention
- Entfernen von Altersflecken
- Reduktion Hautunreinheiten
- Laserbehandlung
- Behandlung von starkem Schwitzen
- Faltenbehandlung mit Botulinumtoxin
- Faltenunterspritzung mit Hyaluronsäure
- Hautverbesserung /-auffrischung

## Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

- Internet  
Suchbegriff: \_\_\_\_\_  
Bewertungsportal: \_\_\_\_\_
- Zeitung/Zeitschriften: \_\_\_\_\_
- Hinweis-Beschilderung Praxis
- Empfehlung von Bekannten  
Name: \_\_\_\_\_
- Empfehlung eines Arztes  
Name: \_\_\_\_\_
- Telefonbuch/ Gelbe Seiten
- Sonstiges \_\_\_\_\_

## Patientenservice

Dürfen wir Sie aktiv kontaktieren?

(z.B. Terminerinnerung Vorsorge, medizinische Informationen, Praxisveranstaltungen)

ja  nein

Wie möchten Sie von uns kontaktiert werden?

- Per E-Mail
- Per SMS
- Per Anruf

Weitere Empfehlungen und Anregungen für die Praxis:

Alle Angaben sind für den internen Verbrauch der Praxis und werden an Dritte nicht weiter gegeben.

# FRAGEBOGEN PATIENTENAUFNAHME

## Rauchen Sie?

ja /  nein /  aufgehört Wenn ja, wie viel am Tag? \_\_\_\_\_

Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_

## Treiben Sie Sport?

ja /  nein

Wenn ja, welchen? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Stunde pro Woche

## Leiden Sie unter Schlafstörungen?

ja /  nein

Wenn ja, an wie vielen Tagen pro Woche? \_\_\_\_\_

## Hatten sie hautärztliche Operationen?

ja /  nein

Wenn ja, welche (wenn möglich bitte mit Jahreszahl):  
\_\_\_\_\_

## Haben Sie Allergien?

ja /  nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

## Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen / Infektionen?

- |  |  |                                      |                                       |
|--|--|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Neurodermitis | <input type="checkbox"/> Schuppenflechte | <input type="checkbox"/> Krampfadern | <input type="checkbox"/> Akne         |
| <input type="checkbox"/> Diabetes      | <input type="checkbox"/> Basaliom        | <input type="checkbox"/> Melanom     | <input type="checkbox"/> Sonst. Krebs |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Thrombose       | <input type="checkbox"/> Hepatitis   | <input type="checkbox"/> Rheuma       |

## Traten in Ihrer Verwandtschaft folgenden Erkrankungen auf?

- |                                      |                                    |  |  |
|--------------------------------------|------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Allergien   | <input type="checkbox"/> Akne      | <input type="checkbox"/> Neurodermitis | <input type="checkbox"/> Schuppenflechte |
| <input type="checkbox"/> Krampfadern | <input type="checkbox"/> Hautkrebs |  |  |

## Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein?

- ja /  nein       Verhütungsmittel (z.B. Pille, Spirale)

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient: \_\_\_\_\_

Alle Angaben sind für den internen Gebrauch der Praxis und werden nicht an Dritte weiter gegeben.