

Kontrollfragebogen

Datum:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Datenänderung?

Telefonnummer:

Hausarzt:

E-Mail Adresse:

Krankenkasse:

Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten/Befunde an meinen Hausarzt oder andere mit- bzw. nachbehandelnde Ärzte weitergegeben werden. Diese Einwilligungserklärung kann ich jederzeit widerrufen (Datenübermittlung nach § 73 Abs.1 b SGB V).

bitte hier unterschreiben

Änderungen seit dem letzten Besuch in unserer Praxis

- | | |
|------------------------|-----------------------------------------------------|
| neue Beschwerden | <input type="checkbox"/> nein oder welche? |
| neue Erkrankung | <input type="checkbox"/> nein oder welche? |
| Krankenhausaufenthalte | <input type="checkbox"/> nein oder wo, wann, warum? |
| Operation | <input type="checkbox"/> nein oder wo, wann, warum? |

Medikamentenänderung nein

wenn ja, was?

| Medikament | morgens | mittags | abends |
|------------|---------|---------|--------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Impfungen

- | | | |
|------------------------------------------------------------|-------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Grippe (Influenza) | _____ | (Jahr der letzten Impfung) |
| <input type="checkbox"/> Lungenentzündung (Pneumokokken) | _____ | (Jahr der letzten Impfung) |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten (Pertussis, DPT) | _____ | (Jahr der letzten Impfung) |
| <input type="checkbox"/> Corona | _____ | (Jahr der letzten Impfung) |
| <input type="checkbox"/> RSV (Respiratory Syncytial Virus) | _____ | (Jahr der letzten Impfung) |

Rauchen

- ja nicht mehr noch nie

Wenn ja (oder nicht mehr): Beginn (Jahr):

ggf. Ende (Jahr):

Menge:

/Tag

Ihr Praxisteam dankt Ihnen für Ihre Mitarbeit.

nur vom Team auszufüllen

- | | | | | |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Body | <input type="checkbox"/> BGA | <input type="checkbox"/> rö1 | Labor | DMP <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> neu |
| <input type="checkbox"/> Spiro | <input type="checkbox"/> Oxyergo | <input type="checkbox"/> rö2 | <input type="checkbox"/> kl.BB,INR,PTT | Termin |
| <input type="checkbox"/> Lyse | <input type="checkbox"/> +EKG | <input type="checkbox"/> Sono | <input type="checkbox"/> Diff-BB + Az | <input type="checkbox"/> PG |
| <input type="checkbox"/> Diff | <input type="checkbox"/> Spiroergo | Impfen | <input type="checkbox"/> Ges.- IgE | <input type="checkbox"/> Broncho |
| <input type="checkbox"/> Metacholin | <input type="checkbox"/> EKG | <input type="checkbox"/> < 60 Influenza | <input type="checkbox"/> Krea, TSH | <input type="checkbox"/> CD brennen |
| <input type="checkbox"/> P0,1/PI max | <input type="checkbox"/> Bel.-EKG | <input type="checkbox"/> > 60 Efluelda | <input type="checkbox"/> U-Status | <input type="checkbox"/> Rp Milbenbezüge |
| <input type="checkbox"/> FeNO | <input type="checkbox"/> 6'-Gehtest | <input type="checkbox"/> Prevenar 20 | <input type="checkbox"/> sIL2R <input type="checkbox"/> ACE | <input type="checkbox"/> Anwesenh.-Besch. |
| <input type="checkbox"/> In-Check | <input type="checkbox"/> Nitrogabe | <input type="checkbox"/> Boostrix | <input type="checkbox"/> Alere Triage | <input type="checkbox"/> HR-CT-Termin |
| <input type="checkbox"/> ACT <input type="checkbox"/> CAT | <input type="checkbox"/> RR nachmessen | <input type="checkbox"/> Arexvy | <input type="checkbox"/> A1-AT | <input type="checkbox"/> CT-KM-Termin |
| <input type="checkbox"/> peakflow | | <input type="checkbox"/> COVID anmelden | <input type="checkbox"/> AlphaID | <input type="checkbox"/> NASA/COBRA |
| <input type="checkbox"/> Inhalator | | ePA | <input type="checkbox"/> BNP | <input type="checkbox"/> Nachschulung |
| | | <input type="checkbox"/> gewünscht | <input type="checkbox"/> Quantiferon | Kontrolle |
| | | <input type="checkbox"/> nicht gewünscht | <input type="checkbox"/> AT | <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 12 Mo <input type="checkbox"/> |