

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 ☐ nein oder welche?
neue Erkrankung ☐ nein oder welche?
Krankenhausaufenthalte ☐ nein oder wo, wann, warum?
Operation ☐ nein oder wo, wann, warum?

Medikamentenänderung ☐ nein

wenn ja, was?

Medikament	morgens	mittags	abends

Impfungen

- ☐ Grippe (Influenza) _____ (Jahr der letzten Impfung)
☐ Lungenentzündung (Pneumokokken) _____ (Jahr der letzten Impfung)
☐ Keuchhusten (Pertussis, DPT) _____ (Jahr der letzten Impfung)
☐ Corona _____ (Jahr der letzten Impfung)
☐ 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 | <input type="checkbox"/> Labor | <input type="checkbox"/> 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"/> Anwesen.-Besch. |
| <input type="checkbox"/> In-Check | | <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"/> Nitrogabe | <input type="checkbox"/> Arexvy | <input type="checkbox"/> A1-AT | <input type="checkbox"/> CT-KM-Termin |
| <input type="checkbox"/> peakflow | <input type="checkbox"/> RR nachmessen | <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"/> |