

**Gemeinschaftspraxis Reim**  
**Dr. med Lena Reim & Dr. med Florian Reim**  
**Fachärztin für Allgemeinmedizin & Facharzt für Innere Medizin**  
**Würzburger Str. 5-7**  
**97234 Reichenberg**

Tel.: 0931 60560 / Fax: 0931 6667173  
E-Mail: info@praxis-reim.de

**Fragebogen**

Herr

Frau

Divers

Name/Nachname \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Beruf/Arbeitsstelle \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

(alter/aktueller) Hausarzt \_\_\_\_\_

**NOTFALLKONTAKT** \_\_\_\_\_

Beziehung Notfallkontakt (z.B. Mutter/Tochter/Schwester) \_\_\_\_\_

Telefonischer Kontakt \_\_\_\_\_

Weiter behandelnde Ärzte \_\_\_\_\_

Grund für Ihr kommen \_\_\_\_\_

Seit wann bestehen die Beschwerden \_\_\_\_\_

Chronische Erkrankungen \_\_\_\_\_

Größere operative Eingriffe \_\_\_\_\_

Allergien (z.B. geg. Pollen, Medikamente, Nahrung):  
\_\_\_\_\_

**Bitte wenden!** 😊

Die Angaben werden bei uns gespeichert und gelten bis zum Widerruf durch Ihre Person!

Nehmen Sie Medikamente?  Ja  Nein

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

Letzter Krankenhausaufenthalt \_\_\_\_\_

Wegen was? \_\_\_\_\_

Impfstatus:  Vollständig  Unvollständig  Unbekannt

Raucher:  Nein  Ja, \_\_\_\_\_ Zigaretten pro Tag

Alkohol:  Nie  Gelegentlich  Regelmäßig

Sport:  Nein  Ja, \_\_\_\_\_ pro Woche

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Corona Impfstatus:  Vollständig  Nicht geimpft

Pflegegrad:  Nein  Ja, ich habe den Pflegegrad \_\_\_\_\_.

Schwerbehinderung:  Nein  Ja, ich habe \_\_\_\_\_%. Merkzeichen: \_\_\_\_\_

**(nur für Frauen)**

Besteht aktuell >Kinderwunsch  Nein  Ja

Schwangerschaft  Nein  Ja  Unbekannt

Stillen Sie  Nein  Ja

Gibt es noch etwas was wir wissen sollten?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**♥ -lichen Dank, Ihr Praxis-Team der Praxis Reim.**

Die Angaben werden bei uns gespeichert und gelten bis zum Widerruf durch Ihre Person!