



Patientenfragebogen

Datum: _____

Name:

Größe:

Vorname:

Gewicht: _____ kg

Geb. Datum:

Raucher: _____ Ja / Nein

Anschrift:

Krankenversicherung:

Anzahl der Schwangerschaften: ____

Telefon:

Anzahl Kinder:

Beruf:

Allergien:

Sport:

Haben Sie den Impfausweis dabei?

Dürfen wir Sie zukünftig an Ihre Gesundheitsvorsorge, notwendige Impfungen etc. erinnern?

Ja

Nein

Eigene Vorgeschichte:

Welche Erkrankungen insbesondere an Herz, Lunge, Nieren, Magen, Darm, Schilddrüse, Wirbelsäule, Knochen und Gelenken sowie Allergien, Bluthochdruck, Stoffwechselstörungen (Diabetes, erhöhtes Cholesterin), und Infektionskrankheiten sowie Kinderkrankheiten, Hepatitis etc. haben Sie durchgemacht?

Zeitpunkt:

Erläuterungen:

--	--

Krankenhausaufenthalte und / oder Operationen:

Zeitpunkt:

Erläuterungen:

--	--

Familiäre Vorgeschichte / familiäre Belastungen:

Vater:

Mutter:

Geschwister:

Kinder:

--	--

Bitte wenden!

Jetzige Beschwerden:

		Nein	Ja	Erläuterungen
1	Sehstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2	Kopfschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3	Schwindel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
4	Hörstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
5	Schlafstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
6	Schmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
7	Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
8	Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
9	Herzschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
10	Nachtschweiß	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
11	unklare Gewichtsabnahme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
12	Appetitlosigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
13	Verdauungsbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
14	Beschw. beim Wasserlassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
15	Rückenschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
16	Gelenkschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
17	Anfallsleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
18	sonstige Beschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sind Sie z.Zt. in ärztlicher oder psychotherapeutischer Behandlung?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Nehmen Sie z. Zt. Medikamente?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Welche?
a.)				
b.)				
c.)				
Tragen Sie eine Sehhilfe?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Machen Sie regelmäßig Sport?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Trinken Sie Alkohol?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	tägl. Menge?
Gehen Sie regelmäßig zur gynäkologischen/urologischen Vorsorge?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wann zuletzt?
Nehmen Sie Drogen?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Welche?
Wann war die letzte Blutabnahme?				
Wann war das letzte EKG?				
Wann war das letzte Belastungs EKG?				
Bitte Befunde beifügen				

Was ist Ihnen besonders wichtig? _____

Wie haben Sie uns gefunden? 😊 _____