

Patienten-Fragebogen

Name, Vorname		Geb. - Datum	
PLZ, Ort		Straße / Haus Nr.	
Tel. Nr.		E-Mail	
Beruf		Versichertenstatus: Privat <input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/>	

Liebe Patienten/innen

Wir möchten Sie bitten, nachfolgende Fragen kurz zu beantworten. Sollten Sie bei einer der Fragen unsicher sein, setzen Sie einfach ein Fragezeichen in das entsprechende Feld ein. Wir werden diese dann später mit Ihnen besprechen.

Bitte geben Sie zunächst im Folgenden den Grund Ihres Termins an:

Behandelnde Ärzte

Name	Fachgebiet	Ort

Viele Beschwerden oder Symptome können durch Medikamente ausgelöst oder verstärkt werden oder stehen im Zusammenhang mit anderen Erkrankungen. Wir bitten Sie daher, diese hier kurz aufzuführen, oder uns Ihren Medikamentenplan vorzulegen.

Aktuell regelmäßig eingenommene Medikamente	Menge/Dosierung pro Tag

>>>>>> Bitte beantworten Sie auch die Fragen auf der Rückseite. >>>>>>

Vorerkrankungen

Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	Herzschriltmacher	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Depressionen	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	Epilepsie	<input type="checkbox"/>	Migräne	<input type="checkbox"/>
Blutverdünner	<input type="checkbox"/>	wenn ja, welche:	_____		
Schilddrüsenerkrankg.	<input type="checkbox"/>	wenn ja, welche:	_____		
Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>	wenn ja, welche:	_____		
Allergien	<input type="checkbox"/>	wenn ja, welche:	_____		

Andere: _____

Operationen / Krankenhausaufenthalte

Diagnose	Krankenhaus	Datum

Nachfolgender/den Person/en darf neben dem Hausarzt oder überweisendem Arzt Auskunft über meinen Gesundheitszustand gegeben werden, darf/dürfen Unterlagen abholen und betreut/betreuen mich im Notfall:

	Name, Vorname	Geburtsdatum	Telefonnummer
Person 1			
Person 2			

Um eine reibungslose ärztliche/therapeutische Versorgung sicherzustellen, bin ich damit einverstanden, dass meine Untersuchungs-/Behandlungsunterlagen von allen in der Praxis tätigen Ärzten/Therapeuten genutzt werden.

Ort, Datum

Unterschrift