



PATIENTENFRAGEBOGEN

Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Telefon/Mobil-Nr.: _____ Familienstand: _____

E-Mail: _____ Kinder (wie viele): _____

Männlich Weiblich

Körpergröße: _____ cm Gewicht: _____ kg

Auskunft sowie Abholung von Unterlagen, Rezepten, Überweisungen oder Befunden an folgende Person:

Name, Vorname: _____

Wer ist Ihr Hausarzt: _____

Mitbehandelnde Ärzte: _____

Andere Therapeuten: _____

Ihre Vorerkrankungen

Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	Magengeschwüre	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	Anfallsleiden	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	Thrombose/Embolien	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	Gelenk-Rheuma	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	Hautkrankheit	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja
Gicht	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	Schilddrüsenkrankheit	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja
Asthma	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	Psychische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja
COPD	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	Blut-/Tumorerkrankung*	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja

*Wenn ja, welche? _____

Allergien /
 Unverträglichkeiten:

Penicillin	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja
Kontrastmittel	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja
Andere*	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja

*Wenn ja, welche? _____

Rauchen Sie? Nein Ja Wie viele pro Tag _____ Seit wann: _____

Alkohol? Nein Ja Täglich Ab und zu

Was? _____ Wie viel _____

Familienvorgeschichte (Groß-/Eltern, Geschwister, Kinder)

Herzinfarkt	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Gerinnungsstörung	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankung	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja*	<input type="checkbox"/>

*Welche? _____

Andere Erkrankungen: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein Ja

Medikament	Wie oft	Seit wann

Notieren Sie bitte alle Krankenhausaufenthalte, Operationen, Kuren

Krankenhaus	Erkrankung	Wann

Wo werden Sie aktuell (innerhalb der letzten 12 Monate) behandelt

Erkrankung	behandelnde(r) Ärztin/Arzt	Seit wann

Beschreiben Sie bitte Ihre aktuellen Beschwerden (bzw. den Grund Ihrer Vorstellung bei uns)

Datum, Unterschrift Patient/in