

★ Patientenfragebogen



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
zur Erfassung Ihres Gesundheitszustandes sind uns einige Informationen wichtig.
Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden von uns
vertraulich behandelt.

Herr Frau Datum: _____

Nachname: _____ **Vorname:** _____ **geb.** _____

Adresse: _____

Email: _____ Fax: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Telefon geschäftlich: _____ Krankenkasse: _____

Beruf _____ Vollzeit Teilzeit Rentner Sonstiges

Größe: _____ Gewicht: _____ (schwängere Patientinnen: Gewicht vor Schwangerschaft angeben)

Grund des Besuches / aktuelle Beschwerden:

Sind Sie (bzgl. der aktuellen Beschwerden) im Krankenhaus behandelt worden?

nein ja, wann/was: _____

Wurden Sie schon einmal operiert?

nein ja, wann/was: _____

Rauchen Sie?

nein ja, seit _____ Jahren ca. _____ Zigaretten täglich seit _____ Jahren nicht mehr

Trinken Sie Alkohol?

nie selten regelmäßig

Wann hatten Sie Ihre letzten Vorsorgeuntersuchungen?

Koloskopie (Darmspiegelung): _____ Mammographie (Brust): _____
Hautkrebsscreening _____ Gesundheitsuntersuchung: _____

Sind Sie schwanger? (nur von Frauen auszufüllen)

nein ja, in der _____ Schwangerschaftswoche

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt?

Diabetes mellitus nein ja, Typ 1 Typ 2, seit: _____ HbA1c: _____ %

Bluthochdruck nein ja, seit: _____

Herz-Kreislauf nein ja, welche: _____

Lunge nein ja, welche: _____

Magen nein ja, welche: _____

Darm nein ja, welche: _____

Bauchspeicheldrüse nein ja, welche: _____

Leber nein ja, welche: _____

Nieren nein ja, welche: _____

Geschlechtsorgane nein ja, welche: _____

Schilddrüse nein ja, welche: _____

Bösartige Erkrankungen nein ja, welche: _____

Infektionskrankheiten nein ja, welche: _____

Psychische Erkrankungen nein ja, welche: _____

Allergien nein ja, welche: _____

Sonstiges _____

Sind Ihre Impfungen aktuell?

ja nein: Gerne können Sie Ihren Impfpass abgeben, wir überprüfen diesen für Sie.

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

nein ja: dann bitte hier eintragen:

Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	Bei Bedarf

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Familie/Bekannte Internet andere Arztpraxis Sonstiges