



Patientenfragebogen

Name _____
Vorname _____
Geburtsdatum _____
Anschrift _____
Telefon _____
Beruf _____
Sport _____
E-Mail _____

Datum _____
Größe _____ cm
_____ kg
Raucher Ja Nein
Anzahl der Schwangerschaften: _____
Anzahl der Kinder: _____
Allergien _____
Impfpass? _____

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

_____ Datum / Unterschrift

Welche Beschwerden haben Sie im Augenblick

Eigene Vorgeschichte

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

Zeitpunkt	Erläuterungen

Krankenhausaufenthalte und / oder Operationen

Zeitpunkt	Erläuterungen

Familiäre Vorgeschichte / familiäre Belastung

Vater _____
Mutter _____
Geschwister _____
Kinder _____

Jetzige Beschwerden

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

Datum / Unterschrift