



Patientenfragebogen

Dr. Freitag · Dr. Wolferink · Dr. Rau · Dr. Körfer

Name		Datum	
Vorname		Größe	cm
Geburtsdatum		Gewicht	kg
Anschrift		Raucher	☐ Ja ☐ Nein
		Anzahl der Schwangerschaften:	
Telefon		Anzahl der Kinder:	
Beruf		Allergien	
Sport		Impfpass?	☐ Ja ☐ Nein
E-Mail			

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, Lunge, Leber, Nieren, Magen, Darm, Schilddrüse, Wirbelsäule, Knochen und Gelenken sowie Allergien, Bluthochdruck, Stoffwechselstörungen (Diabetes, erhöhtes Cholesterin), Infektionserkrankungen, 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	☐	☐	
2) Kopfschmerzen	☐	☐	
3) Schwindel	☐	☐	
4) Hörstörungen	☐	☐	
5) Schlafstörungen	☐	☐	
6) Schmerzen	☐	☐	
7) Husten	☐	☐	
8) Atemnot	☐	☐	
9) Herzschmerzen	☐	☐	
10) Nachtschweiß	☐	☐	
11) Unklare Gewichtsabnahme	☐	☐	
12) Appetitlosigkeit	☐	☐	
13) Verdauungsbeschwerden	☐	☐	
14) Beschwerden beim Wasserlassen	☐	☐	
15) Rückenschmerzen	☐	☐	
16) Gelenkschmerzen	☐	☐	
17) Anfallsleiden	☐	☐	
18) Sonstige Beschwerden	☐	☐	
Sind Sie zur Zeit in ärztlicher oder psychotherapeutischer Behandlung?	☐	☐	
Nehmen Sie zur Zeit Medikamente? (Welche? bitte unten a–d)	☐	☐	
a)	☐	☐	
b)	☐	☐	
c)	☐	☐	
d)	☐	☐	
Tragen Sie eine Sehhilfe?	☐	☐	
Machen Sie regelmäßig Sport?	☐	☐	
Trinken Sie Alkohol? (Tägl. Menge?)	☐	☐	
Gehen Sie regelmäßig zur gynäkologischen / urologischen Vorsorge? (Wann zuletzt?)	☐	☐	
Nehmen Sie Drogen? (Welche?)	☐	☐	
Wann war die letzte Blutabnahme?	☐	☐	
Wann war das letzte EKG?	☐	☐	
Wann war das letzte Belastungs-EKG?	☐	☐	
Bitte Befunde beifügen	☐	☐	