



Patientenfragebogen

Name	_____	Datum	_____
Vorname	_____	Größe	_____ cm
Geburtsdatum	_____		_____ kg
Anschrift	_____	Raucher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Telefon	_____	Anzahl der Schwangerschaften:	_____
Beruf	_____	Anzahl der Kinder:	_____
Sport	_____	Allergien	_____
E-Mail	_____	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