

PATIENTENFRAGEBOGEN

Name	Vorname	Geburtsdatum
Familienstand	Kinder	Telefonnummer
Größe	Gewicht	Beruf

Bei welchem Hausarzt waren Sie vorher in Behandlung:

Bei welchen anderen Ärzten sind Sie noch in Behandlung (Fachgebiet, Name):

Rauchen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Zigaretten / Tag?
Alkohol	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wie viel / Tag?
Allergien	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welche?
Heuschnupfen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Kinderkrankheiten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welche?

Vorerkrankungen: keine

<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Lebererkrankungen
<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Erkrankungen der Niere / Harnwege
<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Gynäkologische Erkrankungen
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Neurodermitis
<input type="checkbox"/> Asthma / COPD	<input type="checkbox"/> Psoriasis (Schuppenflechte)
<input type="checkbox"/> Krampfadern	<input type="checkbox"/> Rheuma
<input type="checkbox"/> Thrombose / Lungenembolie	<input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen Welche?
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Psychische Erkrankungen
<input type="checkbox"/> Gicht	<input type="checkbox"/> Gelenk- / Wirbelsäulenerkrankungen / Arthrose
<input type="checkbox"/> Sonstige	

Nehmen Sie an einem DMP (Chronikerprogramm) teil?

Asthma COPD Diabetes mellitus KHK

Voroperationen: nein ja Welche?

Vorherige Untersuchungen: keine

<input type="checkbox"/> Herzkatheteruntersuchung	zuletzt am :
<input type="checkbox"/> Magenspiegelung	zuletzt am :
<input type="checkbox"/> Darmspiegelung	zuletzt am :

Medikamenteneinnahme: keine dauerhaft

bei Bedarf

Bitte Medikamente auflisten oder Medikationsplan beifügen

Medikamentenunverträglichkeiten: keine ja Welche?

Impfpass vorhanden: ja Bitte beifügen! nein

Die von Ihnen angegebenen Daten werden elektronisch erhoben und gespeichert. Ihre Daten werden dabei ausschließlich zweckgebunden zur Bearbeitung und weiteren Behandlung genutzt. Mit ihrer Unterschrift akzeptieren Sie die Datenverarbeitung und bestätigen, diese zur Kenntnis genommen zu haben.

Datum / Unterschrift