



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

für eine gute Betreuung ist es wichtig, dass wir umfassend über Ihre bisherige Krankengeschichte informiert sind. Bitte beantworten Sie daher folgende Fragen und kreuzen Sie Zutreffendes an. Aus Datenschutzgründen bitten wir Sie, diesen Fragebogen nur Ihrem Arzt oder einer Arzthelferin persönlich zu übergeben. Selbstverständlich sind alle Angaben freiwillig.

Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Telefon/Mobil-Nr.: _____

Adresse: _____

E-Mail: _____ Männlich Weiblich

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Beruf: _____

Hausarzt mit Anschrift: _____

Rauchen Sie? Nein Ja Wie viele pro Tag _____ Seit wann: _____

Alkohol? Nein Ja Täglich Ab und zu

Was? _____ Wie viel _____

Beschreiben Sie bitte Ihre aktuellen Beschwerden (bzw. den Grund Ihrer Vorstellung bei uns) und die bisherige Behandlung:

Leiden Sie unter Schmerzen

nein wenig mittel ziemlich sehr

Welche Schmerzen haben Sie: _____

Seit wann bestehen die Schmerzen: _____

Ihre Vorerkrankungen

Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja
Hohe Blutfettwerte	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	Thrombose/Embolien	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja
HIV	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	Gallenblasenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	Magen-Darmerkrankung	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja
Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja*	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja

*Wenn ja, welche? _____

Andere Erkrankungen: _____

Gelenkbeschwerden	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja		
Allergien / Unverträglichkeiten:	<input type="checkbox"/>	Penicillin	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Kontrastmittel	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Andere*	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja

*Wenn ja, welche? _____

Familienanamnese (Groß-/Eltern, Geschwister, Kinder)

Herzinfarkt	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Gerinnungsstörung	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankung	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja*	<input type="checkbox"/>

*Welche? _____

Andere Erkrankungen: _____

Sind Verwandte von Ihnen an Krankheiten verstorben: Nein Ja

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis Nein Ja

Haben Sie eine Pflegestufe? Nein Ja

Wenn ja, welche: _____

Haben Sie eine Patientenverfügung? Nein Ja

Welche Ärzte sollen über Ihre Erkrankung informiert werden:

Angehörige oder Personen, die Auskunft berechtigt sein und im Notfall benachrichtigt werden sollen:

Name, Vorname : _____

Anschrift: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Nein

Ja

Medikament

Wie oft

Seit wann

Medikament	Wie oft	Seit wann

Datum, Unterschrift Patient/in