

Patienten-Fragebogen

Sehr geehrte(r) Frau/Herr

(Pat.-Nr.: _____)

Bitte beantworten Sie untenstehende Fragen. Sie dienen der Komplettierung Ihrer Krankenkartei und helfen uns, Sie umfassend behandeln und betreuen zu können.

<u>Kinderkrankheiten</u>	<u>nein</u>	<u>ja</u>
Mumps		
Masern		
Röteln		
Scharlach		
Diphtherie		
Keuchhusten		
Gelbsucht (Hepatitis A)		
Kinderlähmung		
Windpocken		

**Impfausweis bitte
mitbringen**

<u>Eigene Krankheiten</u>	<u>nein</u>	<u>ja</u>	<u>Seit (Jahr)</u>	<u>Ggf. genaue Bezeichnung</u>
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit Typ 1 oder Typ 2)				
Bluthochdruck				
Fettstoffwechselstörung				
Erkrankung Knochen/Gelenke (Arthrose, Osteoporose, Gelenkersatz)				
Nierenerkrankung				
Herzkrankung (Herzinfarkt/Herzschwäche/Herzklappenfehler)				
Lungenerkrankung (Asthma/COPD/Tuberkulose)				
Magenerkrankung				
Darmerkrankung				
Nervenerkrankung / Schlaganfall				
Seelische Erkrankung / Depression				
Erkrankung Wirbelsäule / Arthrose				
Allergien/Unverträglichkeit				
Heuschnupfen				
Infektionskrankheiten (Hepatitis A, B, C; Tuberkulose)				
Andere Erkrankungen (Krebs)				
<u>Operationen</u>	<u>nein</u>	<u>ja</u>	<u>Mo./Jahr</u>	<u>Ggf. genauere Bezeichnung</u>
Mandeln				
Blinddarm				
Bruch/Hernie (Nabel-, Leisten-, Narben-)				
Andere:				

Unfälle	nein	ja	Mo./Jahr	Welche Verletzungen/was passiert
Knochenbrüche				
Gehirnerschütterung usw.				
Rauchen Sie regelmäßig?	nein	ja	Seit ? Jahr	Ungefähre Menge täglich?
Zigaretten				
E-Zigarette				
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	nein	ja	Seit ? Jahren	Ungefähre tägliche Menge? (Flasche/Glas
Drogen (Welche?, Menge?)				
Krankheiten in der Familie (Ihre Eltern, Geschwister, Kinder, Großeltern)	nein	ja	Seit ? Jahren	Ggf. genaue Bezeichnung und WER ? betroffen
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit Typ 1 oder Typ 2)				
Bluthochdruck				
Fettstoffwechselstörung				
Erkrankung Knochen/Gelenke				
Nierenerkrankung				
Herzkrankung				
Lungenerkrankung				
Magenerkrankung				
Darmerkrankung				
Nervenerkrankung				
Seelische Erkrankung				
Erkrankung Wirbelsäule				
Allergien/Unverträglichkeit				
Krebs				
Andere:				

Nur wenn Angaben erwünscht bitte ausfüllen:

Schulabschluss /Studium:	_____→
erlernte Berufe:	_____→
Familienstand:	_____→
Haben Sie Kinder (Geschlecht, Geburtsjahr)?	_____→
Ihre aktuelle Telefonnummer / E Mail:	_____→