

Patientenfragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

damit wir uns ein umfangreiches Bild Ihrer gesundheitlichen Situation machen können, möchten wir Sie bitten, die folgenden Fragen zu beantworten. Vielen Dank,

Ihr Praxisteam

Name, Vorname

Geburtsdatum

Mobil: _____
Telefonnummer

Festnetz: _____

Beruf

Videosprechstunde Ja nein e-Mail Adresse _____

Welche Beschwerden haben Sie zur Zeit?

Welche Vorerkrankungen haben Sie?
(wie z.B. Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Asthma etc.)

Sind Ihnen Allergien (z.B. Heuschnupfen) bekannt? Ja nein
Wenn ja, welche?

Sind bei Ihnen Arzneimittelunverträglichkeiten bekannt? ja nein
Wenn ja, welche?

Hatten sie einen größeren Unfall (Autounfall, Knochenbruch, ...) ? ja nein
Wenn ja, wann, was?

Wurden Sie schon einmal operiert?
Wenn ja, wann und was?

ja nein

Sind bei Ihren Eltern oder Geschwister Erkrankungen bekannt (wie z.B. Diabetes mellitus, erhöhter Blutdruck, Schlaganfall, Herzinfarkt, Tumorerkrankungen...) ja nein

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Haben Sie Hilfsmittel (Bandagen, Einlagen, Brille,...)?

ja nein

Ernährung:

vegan vegetarisch Mischkost
Andere _____

Rauchen Sie?

ja nein

Machen Sie Sport?
Wenn ja, welchen?

ja nein

Datum:

Unterschrift:

Vielen Dank!