



## Patientenfragebogen

Datum: \_\_\_\_\_

Krankenkasse <input type="checkbox"/>		Privat versichert <input type="checkbox"/>	
Versichert als	<input type="checkbox"/> Mitglied	<input type="checkbox"/> Familienmitglied	<input type="checkbox"/> Rentner
Name / Vorname			
Geburtsdatum			
Straße / Hausnummer			
PLZ / Wohnort			
Tel./e-mail			
Angehörige, im Notfall zu erreichen	Name:		
	Tel.		

### Schweigepflichtentbindung für Angehörige bzw. nahe stehende Personen

Um auch einmal Ihren Angehörigen oder anderen nahe stehenden Personen Ihre persönlichen ärztlichen Untersuchungsergebnisse (z.B. Blutuntersuchungen) mitteilen zu dürfen, brauchen wir Ihre schriftliche Einwilligung.

Ort, Datum

Unterschrift

Name, Vorname	Verwandschaftsgrad	Telefonnummer
1. _____		
2. _____		
3. _____		

### Weitere Angaben

Aus ärztlicher Sicht interessieren wir uns für Ihr persönliches und berufliches Umfeld.

Beruf / Tätigkeit: \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_

Kinder, Alter der Kinder: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Wegen welcher Beschwerden kommen Sie in die Praxis? (Stichworte für das Arztgespräch):

Unter welchen Beschwerden leiden Sie sonst noch?

Gibt es Wünsche oder Anregungen für die ärztliche Behandlung?

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ kg      Gewicht: \_\_\_\_\_ cm

Raucher/in:     nein       ja, seit: \_\_\_\_\_ Menge pro Tag: \_\_\_\_\_

Alkohol: \_\_\_\_\_      Drogen: \_\_\_\_\_

Allergien / Unverträglichkeiten (z.B. Medikamente, Pollen, Nahrungsmittel):

**Ihre Krankengeschichte:**

Krankenhausaufenthalte / Operationen / Unfälle (wann?):

Liegen bei Ihnen oder in Ihrer Familie ernsthafte Erkrankungen vor? Wie z.B.:

	Ja	Nein	in der Familie
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Typ I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Typ II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselstörung/Cholesterin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übergewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Venenleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schuppenflechte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautkrebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

	Ja	Nein	in der Familie
<u>Lungenkrankheiten</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Asthma</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>COPD</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Magen-Darm-Erkrankungen</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Magengeschwür</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Entzündliche Darmerkrankung</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Speiseröhrenerkrankung</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Galle</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Leber</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Niere</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Blasenschwäche</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Wirbelsäulen-/Rückenleiden</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Gelenkarthrose (wo?)</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Rheuma</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Nervenerkrankungen</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Anfallsleiden</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Kopfschmerz/Migräne</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Seelische Erkrankungen</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Depressionen</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Schlafstörungen</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Krebsleiden (wo?)</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gibt es noch weitere Erkrankungen? Erkrankungen in der Familie? Weitere Erklärungen:

Welche Medikamente nehmen Sie?