



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 / Schichtdienst: _____

Arbeitgeber: _____

Familienstand: _____

Kinder (Namen und Geb.-Datum): _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Raucher/in: nein ja, seit: _____ Menge pro Tag: _____

Alkohol: _____ Drogen: _____

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

Impfstatus: letzte Wundstarrkrampf(Tetanus)-Diphtherie: _____

Krankenhausaufenthalte / Operationen / Unfälle (wann?):

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

	Ja	Nein	in der Familie
<u>Zuckerkrankheit (Diabetes)</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Typ I (jugendlicher Zucker)</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Typ II (Alterszucker)</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Gicht</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Fettstoffwechselstörung/Cholesterin</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Herzschwäche</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Herzinfarkt</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Schlaganfall</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Bluthochdruck</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Venenleiden</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Schilddrüsenerkrankung</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Hautleiden</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Schuppenflechte</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Hautkrebs</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<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 (chronischer Husten)</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>Gallenerkrankungen</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Lebererkrankungen</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Nierenerkrankungen</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>Augenerkrankungen (Grauer Star)</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Grüner Star</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Hörstörungen (Hörgerät)</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Zahnerkrankungen</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</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welches Organ /Körperteil ist betroffen?

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