

Patientenfragebogen für neue Patienten

Sehr geehrte Patienten, um Ihre Behandlung zu optimieren, möchten wir Sie bitten, diesen Fragebogen auszufüllen.

Vielen Dank!



Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße, PLZ, Ort: _____

Telefon Festnetz: _____ Mobil: _____

eMail Adresse: _____

Beruf: _____ Krankenkasse: _____

Vorheriger Hausarzt: _____ Größe: _____ Gewicht: _____

Allergie: ja nein

Wenn ja, welche? _____

Aktuelle Medikamente

(z. B. Kopfschmerzmedikamente, blutverdünnende Medikamente wie Aspirin/ASS, Marcumar, Heparin, Xarelto, Blutdruckmedikamente etc.)

Präparat	morgens	mittags	abends

Bekannte Erkrankungen / Operationen

Diabetes ja nein Herzerkrankung ja nein Bluthochdruck ja nein
Magenerkrankung ja nein Nierenerkrankung ja nein Lebererkrankung ja nein
Tumorerkrankung ja nein Schilddrüsenerkr. ja nein Epilepsie ja nein
Migräne ja nein Tuberkulose ja nein Hepatitis ja nein
Hauterkrankung ja nein Borreliose ja nein Neurolog. Erkrank. ja nein
Herzschrittmacher ja nein

Befinden Sie sich aktuell in weiterer ärztlicher Behandlung (Orthopädie, Diabetologe, Psychotherapie etc.)

ja nein

Wenn ja, weswegen:

