

Patientenfragebogen

<u>Nachname</u>	<u>Vorname</u>	<u>Geburtsdatum</u>
-----------------	----------------	---------------------

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir begrüßen Sie als NeuPatient in unserer Praxis!

Sie helfen uns Ihre individuelle Behandlung optimal zu gestalten, indem Sie uns über wichtige Fragen Ihrer eigenen Krankenvorgeschichte. Wir bitten Sie daher den Fragebogen soweit wie möglich auszufüllen.

GEWICHT:

GRÖÙE:

Anamnese/Krankengeschichte

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? nein ja was?

wieviel?

Rauchen Sie? nein

ja wieviel am Tag?

Bestehen Unverträglichkeiten/Allergien von Medikamenten/Antibiotika? nein

ja welche?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein:

Bezeichnung/mg/Dosierung:

Haben oder hatten Sie folgende Krankheiten?

Allergien nein ja, welche? _____

Herz- und GefäÙerkrankungen:

Thrombosen

Herzinfarkt

Krampfadern

Durchblutungsstörungen

Schlaganfall

hoher Blutdruck

Lungenerkrankungen:

Asthma

Lungenentzündung

chronische Bronchitis

Stoffwechselerkrankungen:

- Zuckerkrankheit erhöhtes Cholesterin Schilddrüsenerkrankung

Knochen- und Gelenkerkrankungen:

- Schmerzen an der Wirbelsäule

- Rheumatische Erkrankungen Schmerzen an den Hüften Schmerzen an den: Beinen Knien

Bauchorgane:

- Gallenerkrankungen Gallensteine Lebererkrankungen Hepatitis A B oder C
- Magenerkrankungen Darmerkrankungen Bauchspeicheldrüse

Erkrankungen der Harnwege/Nieren oder Geschlechtsorgane:

- Nierensteine, welche Seite war betroffen? Infektionen der Niere der Blase
- Gynäkologische Erkrankungen Erkrankung der Prostata

Sonstige Erkrankungen:

- Nervenerkrankungen Psyche (Gemütskrankungen)
- Krampfanfälle Bluterkrankungen
- Hals-Nasen-Ohren Erkrankungen Augenerkrankungen
- Hauterkrankungen

stationäre Krankenhausbehandlungen in den letzten 3 Jahren:

wegen welcher Erkrankung? wann? wo?

Nehmen Sie bereits an einem DMP Programm teil? ASTMA COPD KHK DIABETES

Wegen welcher Beschwerden kommen Sie heute?

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

_____ Datum