



PATIENTENFRAGEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
wir freuen uns sehr Sie das erste Mal in unserer Praxis begrüßen zu dürfen.
Um uns einen ersten Überblick über Ihre bisherige Krankengeschichte zu schaffen
bitten wir Sie diesen Bogen auszufüllen.

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Beruf

Telefon (bevorzugt Mobil)

E-Mail

SIND BEI IHNEN ERKRANKUNGEN BEKANNT?

	ja	nähere Angaben	nein
1. Herz	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
2. Kreislauf oder Gefäße (z.B. Bluthochdruck, periphere arterielle Verschlusskrankheit)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
3. Lunge / Bronchialsystem	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
4. Leber oder Gallenblase	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
5. Magen-Darmtrakt (z.B. Magengeschwüre, Colitis ulcerosa, M. Chron)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
6. Nieren oder ableitende Harnwege	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
7. Nervensystem	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

weiter auf Seite 2 »



	ja	nähere Angaben	nein
8. Augen (z.B. Star)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
9. Stoffwechsel (z.B. Diabetes mellitus, Gicht, Blutfetterhöhung, Schilddrüse)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
10. Epilepsie oder Krampfleiden	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
11. Allergie oder Unverträglichkeit	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
12. Nehmen sie regelmäßig Medikamente ein? (z.B. Blutverdünner)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
13. Wurden Sie ni Ihrem Leben schon mal operiert?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
14. Sind bei Ihnen chron. Infektions- krankheiten bekannt? (z.B. Hepatitis oder HIV)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
15. Sind sonst andere Vorerkrankungen bekannt, die wir bisher nicht abgefragt haben?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

**WIR DANKEN IHNEN RECHT
HERZLICH FÜR IHRE MÜHE!**