

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:
