

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Dieser Fragebogen dient zur Erfassung Ihrer Krankengeschichte. Selbstverständlich werden Ihre Daten vertraulich behandelt. Bei Bedarf helfen wir Ihnen gerne beim Ausfüllen!

Vielen Dank!

Persönliche Daten:

Titel:

Nachname: Zusatzversicherung: JA -welche? NEIN

Vorname: Straße + Nummer:

Geburtsdatum: Wohnort:

Versicherungsnummer: Telefonnummer:

Sozialversicherung: E-Mail:

Anamnese:

Körpergröße in cm: Körpergewicht in kg:

Rauchen Sie? JA -wieviel? - wie lange schon? NEIN

Haben Sie eine Allergie bzw. eine Medikamentenunverträglichkeit?
JA - wogegen: NEIN

Vorerkrankungen:

Sind Sie Zuckerkrank, leiden Sie an Diabetes mellitus? JA NEIN

Leiden Sie unter Bluthochdruck? JA NEIN

Ist eine koronare Herzerkrankung bekannt? JA -welche? NEIN

Hatten Sie einen Herzinfarkt? JA -wann? NEIN

Hatten Sie einen Schlaganfall? JA -wann? NEIN

Sind andere internistische Erkrankungen bekannt? z.B. von Lunge, Leber, Schilddrüse, Niere, Magen, Darm, „Rheuma“? JA -welche? NEIN

Gab/gibt es Tumorerkrankungen? JA -welche? NEIN

Hatten Sie Operationen? JA -welche? NEIN

Leiden Sie an neurologischen Erkrankungen, Depressionen oder Angstzuständen?
JA -welche? NEIN

Gibt es Gynäkologische od. urologische Erkrankungen? JA -welche? NEIN

Derzeitiger Zustand:

Nehmen Sie dzt. irgendwelche Medikamente? (Dauermedikation, Schmerzmittel, Blutverdünner, ect.)
JA -welche (inkl. Dosierung)? NEIN

Was führt Sie zu uns? Was sind Ihre derzeitigen Beschwerden?
