

PATIENTEN-GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Vorname, Name:	
Straße, Hausnr.:	
PLZ, Ort:	
Geburtsdatum:	
Telefon/Email:	
Beruf:	

Finden Sie sich in ärztlicher Behandlung?

Name und Anschrift des Arztes:

Datum, Unterschrift:

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

Ja Nein

Falls Sie mit "ja" antworten, bitte hier ggf. ergänzende Angaben eintragen

	Ja	Nein
1 Allergie (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Atemwegserkrankungen (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Diabetes (welcher Typ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Glaukom (erhöhter Augendruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Hämatologische Erkrankungen (Erkrankung blutbildener Organe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Herz- Kreislauferkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.1 Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2 Koronare Herzkrankheit/ Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.3 Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.4 Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.5 Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.6 Herzklappenfehler/ -ersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.7 Erhöhter Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.8 verminderter Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.9 Mangeldurchblutung des ZNS/Apoplex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.1 Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.2 Immunmangel-Syndrom (AIDS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.1 Chronische Niereninsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.2 Dialyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Rheumatoide Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Frühere Operationen (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Rauchen Sie? Wieviel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Nehmen Sie Medikamente? (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Sonstige wichtige Informationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sehr geehrte Patientin,
Sehr geehrter Patient,

um die für Ihre Behandlung geeigneten Medikamente und Behandlungsverfahren auswählen zu können, bitten wir Sie um die Beantwortung der nebenstehenden Fragen zur allgemeinen Vorgeschichte (Anamnese).

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Unklarheiten können Sie mich gerne ansprechen.