

Patienten-Fragebogen

(Bitte vollständig ausfüllen. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.)

Ihre persönlichen Daten

Nachname:	Vorname:		
Geburtsdatum:	Kinder:	Ja	Nein
Beruf:	Telefon:		
Mobiltelefon:	Email:		
Straße/Hausnummer:	PLZ/Wohnort:		

Allgemeine Angaben

Größe:	Gewicht:	
Allergien (z.B. Medikamente, Antibiotika, Heuschnupfen)	Nein	Wenn ja, welche?
Raucher:	Nein	Wenn ja, wie viel täglich?
Alkoholkonsum	Nein	Wenn ja, was und wie viel?
Operationen	Nein	Wenn ja, welche?
Familiäre Tumorerkrankungen	Nein	Wenn ja, welche?
Familiär auftretende Krankheiten (z.B.: Schlaganfall, Herzinfarkt, Diabetes)	Nein	Wenn ja, welche?

Angaben zu Ihrer Gesundheit

Herz-Kreislauf-Erkrankungen	Nein	Wenn ja, welche?	
Schlaganfall	Nein	Ja	
Blutgerinnungsstörungen	Nein	Ja	
Tumorerkrankungen	Nein	Wenn ja, welche?	
Asthma, Lungenerkrankungen	Nein	Ja	
Diabetes mellitus	Nein	Ja	
Nierenfunktionsstörungen	Nein	Ja	
Schilddrüsenerkrankungen	Nein	Ja	
Hautkrankheiten	Nein	Wenn ja, welche?	
Infektionserkrankungen	Nein	Wenn ja, welche?	
Gelenkerkrankungen/Rheuma	Nein	Wenn ja, welche?	
Epilepsie	Nein	Ja	
Andere	Nein	Wenn ja, welche?	
Aktuelle Medikation	Nein	Wenn ja, welche?	

Die Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten bei der Behandlung Minderjähriger ist erforderlich.

Ort/Datum

Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten