

Patientenfragebogen

Name: _____ **Geburtsdatum:** _____

Beruf: _____ **Körpergr.:** _____ **Gewicht:** _____

Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxisklinik. Um Ihre Untersuchung und Behandlung individuell und optimal planen und durchführen zu können, möchten wir Sie bitten, uns folgende Fragen im Vorfeld zu beantworten:

1. Sind Vorerkrankungen bekannt?

- Bluthochdruck (Hypertonie)
- Herzkrankheit, Herzrhythmusstörungen, Herzinfarkt → Wann?.....
- Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) → Insulinpflichtig? Ja Nein
- Tragen Sie einen Herzschrittmacher Ja Nein
- Neurologische Erkrankung.....
- Nierenerkrankung.....
- Rheuma
- Osteoporose
- Gicht / Harnsäurestoffwechselstörung
- Magenerkrankungen (Gastritis, Magengeschwür)
- Lebererkrankung
- Glaukom (grüner Star)
- Infektionskrankheiten / ansteckende Erkrankungen
- Hepatitis B Hepatitis C HIV MRSA
- Sonstige:
- Für Patientinnen: Schwangerschaft

Bitte Rückseite beachten

2. Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?

ASS 100 ASS 300 Marcumar Clopidogrel Andere

3. Welche Schmerzmedikamente nehmen Sie ein?

4. Welche weiteren Medikamente nehmen Sie ein?

5. Sind Allergien bekannt? JA NEIN

6. Bestehen Überempfindlichkeiten gegen bestimmte Medikamente?

JA NEIN

**7. Besteht zur Zeit eine akute Infektion oder Entzündung
(z. B. grippaler Infekt, Haut- und Gelenkentzündung?)**

JA NEIN

Datum / Unterschrift Patient

Bitte beachten Sie auch die Möglichkeit der Online-Bewertung z. B. auf
www.jameda.de