

GESUNDHEITS FRAGEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
mit diesem Fragebogen bitte ich Sie, mir Angaben zu Ihrem derzeitigem Beschwerdebild zu machen und mich
bezüglich Ihren Vorerkrankungen zu informieren.
Ich bitte Sie diesen ausgefüllten Bogen beim nächsten Termin in unserer Ordination mitzunehmen.

Name: _____ Vorname: _____
Geboren am: _____ Beruf: _____
Versicherungsträger u. SV-Nr.: _____
IBAN: _____ Familienstand: _____
Adresse: _____ Größe: _____ Gewicht: _____
_____ Dienstgeber: _____
Telefon: _____ Hausarzt: _____

I) Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig in welcher Dosierung?

Name des Medikament	Einnahme/Dosierung: morgens	Einnahme/Dosierung: mittags	Einnahme/Dosierung: abends	Einnahme/Dosierung: zur Nacht

II) Vorerkrankungen und Operationen:

	Vorerkrankungen:	nein	ja / seit
Herz (z.B.: Bluthochdruck, Herzinfarkt...)			
Lunge (z.B.: COPD, Lungeninfarkt...)			
Magen, Darm			
Stoffwechsel (z.B.: Diabetes, Schilddrüse...)			



II) Vorerkrankungen und Operationen:

Niere,Blase			
Bewegungsapparat (z.B.: Osteoporose, Rheuma...)			
Nervensystem (z.B.: Schlaganfall, Epilepsie, Depression...)			
OP allgemein			
Sonstiges			
häufige Erkrankungen in der Familie (nicht angeheiratet)			

III) Allergien / Unverträglichkeiten: _____

IV)

Alkohol	täglich (Menge)	gelegentlich	selten	nie
Nikotin	Zig. / Tag	seit wie vielen Jahren		nein
Gewichtsverlust	wie viele kg	seit wann		nein
Gewichtszunahme	wie viele kg	seit wann		nein
Nachtschweiß	ja	nein		

V) Derzeitige Beschwerden bzw. Abklärung: _____

Wir möchten nochmals darauf hinweisen, dass wir privat Abrechnen und wir keinen Einfluß haben, wieviel Sie von Ihrer Versicherung zurückerstattet bekommen!

Datum: _____ Unterschrift: _____

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Verschwiegenheit und werden streng vertraulich behandelt.