



Patientenfragebogen für Neupatienten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
wir möchten Sie bitten, diesen Fragebogen möglichst vollständig und gewissenhaft auszufüllen. So können wir Sie optimal hinsichtlich Ihrer medizinischen Belange betreuen. Vielen Dank!

Persönliche Daten:

Nachname:	Vorname:		
Geburtsdatum:	Kinder:	Ja	Nein
Beruf:	Telefon:		
Mobiltelefon:	Email:		
Straße/Hausnummer:	PLZ/Wohnort:		
Wohnsituation: <input type="checkbox"/> alleinlebend <input type="checkbox"/> mit Familie <input type="checkbox"/> betreutes Wohnen			

Allgemeine Angaben:

Größe:	Gewicht:	
Treiben Sie Sport?	Nein	Wenn ja, welchen? Wie oft?
Allergien (z.B. Heuschnupfen, Medikamente, Antibiotika)	Nein	Wenn ja, welche?
Raucher:	Nein	Wenn ja, wie viel täglich?
Alkoholkonsum:	Nein	Wenn ja, was und wie viel?
Operationen	Nein	Wenn ja, welche?

Bitte beachten Sie auch die Rückseite!

Angaben zu Ihrer Gesundheit

Wenn ja, (seit) wann? Welche?

Herz-Kreislauf-Erkrankungen	Nein	Ja	
Schlaganfall	Nein	Ja	
Blutgerinnungsstörungen	Nein	Ja	
Tumorerkrankungen	Nein	Ja	
Asthma, Lungenerkrankungen	Nein	Ja	
Diabetes mellitus	Nein	Ja	
Nierenfunktionsstörungen	Nein	Ja	
Schilddrüsenerkrankungen	Nein	Ja	
Hauterkrankungen	Nein	Ja	
Infektionserkrankungen	Nein	Ja	
Gelenkerkrankungen/ Rheuma	Nein	Ja	
Epilepsie	Nein	Ja	
Andere	Nein	Ja	
Tumorerkrankungen bei Familienangehörigen	Nein	Ja	
Krankheiten bei Familienangehörigen (z.B. Schlaganfall, Herzinfarkt, Diabetes)	Nein	Ja	
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	Nein	Ja	
Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel?	Nein	Ja	

Bitte bringen Sie Ihren aktuellen, vollständigen Medikamentenplan mit.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Bautzen, den _____

Unterschrift: _____