



Patienten-Fragebogen

Name, Vorname: _____ geb. am: _____
Krankenkasse _____
PLZ, Wohnort: _____
Straße, Hausnr.: _____ Telefon _____
Ausgeübte Tätigkeit: _____ Arbeitgeber: _____
Hausarzt: _____
Sind Sie von der Rezeptgebühr befreit? nein ja, bis: _____

Erziehungsberechtigte(r) bei minderjährigen Patienten:

Name, Vorname: _____ geb. am: _____
Anschrift falls abweichend: _____

Ich bin damit einverstanden, dass die Ärzte in der Praxisgemeinschaft Dres. Klein, Drozd und Steinrücken im Interesse meiner Gesundheit zusammenarbeiten und meine Daten für diagnostische und therapeutische Zwecke austauschen dürfen. Im Falle von Laboruntersuchungen gestatte ich eine Datenweitergabe an die Laborgemeinschaft Ruhrgebiet. Des weiteren erlaube ich, dass Auskünfte an Versorgungsämter, Sozialgerichte und an die Deutsche Rentenversicherung ggf. an meinen Hausarzt in meinem Interesse weitergeleitet werden dürfen. Die ausliegenden Hinweise zum Datenschutz und Datenweitergabe an andere Ärzte habe ich wahrgenommen.

Datum: _____ **Unterschrift:** _____

Warum kommen Sie zu uns? _____

Seit wann haben Sie diese Beschwerden? _____

Wann haben Sie die meisten Beschwerden? _____
Belastung / Ruhe / Bewegung / Stehen / Sitzen / Liegen / nachts / ...

Wurden Röntgenbilder angefertigt? _____
Wann / wo / was

Welche Behandlungen wurden durchgeführt? _____

Was wurde bei Ihnen operiert? _____

Liegt ein Unfallgeschehen vor? _____

Liegt Arbeitsunfähigkeit vor? nein ja von – bis: _____

Altersrente EU-Rente Rentenantrag läuft GdB _____ %

Haben bzw. hatten Sie schon eine der folgenden Erkrankungen?

			Kommentar	
Besteht bei Ihnen eine Zuckerkrankheit (Diabetes)?	<input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	nein	
Haben oder hatten Sie Magen- /Darmgeschwüre?	<input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	nein	
Besteht bei Ihnen eine Bronchial- oder Lungen-Erkrankung?	<input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	nein	
Besteht bei Ihnen Heuschnupfen?	<input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	nein	
Leiden Sie unter Allergien oder Unverträglichkeiten?	<input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	nein	
Besteht bei Ihnen eine Medikamentenunverträglichkeit?	<input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	nein	
Besteht bei Ihnen ein hoher Blutdruck?	<input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	nein	
Besteht bei Ihnen niedriger Blutdruck?	<input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	nein	
Hatten Sie einen Schlaganfall?	<input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	nein	
Haben Sie Lähmungen?	<input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	nein	
Haben oder hatten Sie einen Herzinfarkt oder andere Herzleiden?	<input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	nein	
Haben Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	nein	
Besteht bei Ihnen eine Gicht?	<input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	nein	
Besteht bei Ihnen Rheuma?	<input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	nein	
Hatten Sie Blut im Stuhl?	<input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	nein	
Hatten Sie eine Gelbsucht oder Lebererkrankungen?	<input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	nein	
Haben oder hatten Sie Nieren oder Blasenerkrankungen?	<input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	nein	
Hauterkrankungen / Ekzeme / Ausschläge	<input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	nein	
Bestehen bei Ihnen neurologische oder psychische Erkrankungen?	<input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	nein	
Leiden Sie unter Krampfanfällen (Epilepsie)?	<input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	nein	
Besteht bei Ihnen eine Schlafapnoe?	<input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	nein	
Haben Sie Grünen Star oder ein Glaukom?	<input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	nein	
Hatten Sie Knochenbrüche?	<input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	nein	
Haben Sie Krampfadern?	<input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	nein	
Hatten Sie eine Thrombose?	<input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	nein	
Bestehen bei Ihnen Schilddrüsenerkrankungen?	<input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	nein	
Hatten Sie Gelenkrheumatismus mit Fieber?	<input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	nein	
Hatten Sie Knocheneiterungen (Osteomyelitis)?	<input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	nein	
Leiden Sie unter Blutarmut / Bluterkrankungen?	<input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	nein	
Bestehen bei Ihnen Gerinnungsstörungen?	<input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	nein	
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein?	<input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	nein	
Haben oder hatten Sie eine Tumor- oder Krebserkrankung?	<input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	nein	
Wenn ja, welche?				
Leiden oder litten Sie unter Infektionskrankheiten?	<input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	nein	
Haben Sie AIDS?	<input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	nein	
Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein (z.B. Pille, Magen-, Bluthochdruck-, Schmerz-, Schlaf-, Abführ-, Beruhigungsmittel)?	<input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	nein	
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	<input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	nein	
Rauchen Sie?	<input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	nein	
Wurde bei Ihnen schon einmal eine Knochendichtemessung durchgeführt?	<input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	nein	
Wenn ja, waren die Meßwerte normal?	<input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	nein	
Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	nein	

Größe: _____ cm Gewicht _____ kg

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein und wie oft:

Möchten Sie uns noch etwas mitteilen?
