

Patientenfragebogen

Angaben zur Person:

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Telefonnummer:
Aktueller Hausarzt:	Beruf/Tätigkeit:

Spezielle Anamnese:

Medikamente, die Sie nicht vertragen: Nein Ja, folgende:

Allergien: Nein Ja, folgende:

Regelmäßige Medikamenteneinnahme:

Name des Medikamentes	Stärke g/mg/µg/ml	Einnahmeschema <small>z. B.: 1 0 1 0 </small>			
		früh	mittags	abends	nachts

Familienanamnese:

Personen mit Diabetes mellitus in der Familie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzinfarkte/Todesfälle vor dem 50. Lebensjahr in der Familie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Krebserkrankungen in der Familie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein



Vorsorgeuntersuchungen:

Letzte Darmspiegelung?	Datum:	<input type="checkbox"/> Noch nie
Letzte Vorstellung Urologe (♂) oder Gynäkologe (♀)	Datum:	<input type="checkbox"/> Noch nie

Andere eigene Erkrankungen:

Diabetes mellitus:	<input type="checkbox"/> Ja – bekannt seit:	<input type="checkbox"/> Nein
Herzinfarkt:	<input type="checkbox"/> Ja – aufgetreten am:	<input type="checkbox"/> Nein
Herzschwäche:	<input type="checkbox"/> Ja – bekannt seit:	<input type="checkbox"/> Nein
COPD (chronische Bronchitis):	<input type="checkbox"/> Ja – bekannt seit:	<input type="checkbox"/> Nein
Krebserkrankungen:	<input type="checkbox"/> Ja – bekannt seit:	<input type="checkbox"/> Nein
Operationen:	<input type="checkbox"/> Ja – Datum der OP(s):	<input type="checkbox"/> Nein
Nikotin:	<input type="checkbox"/> Ja – seit:	<input type="checkbox"/> Nein

Sonstige Erkrankungen:

Gibt es andere Fachärzte bei denen Sie regelmäßig in Behandlung sind?

Name	Fachrichtung	Grund