

Patienten- Fragebogen

Name: _____ Geb. Datum: _____ Krankenkasse: _____

Telefon: Handy:

Lieber Patient,
um einen umfassenden Überblick über Ihre Erkrankung zu gewinnen bitten, wir Sie die nachfolgenden Fragen sorgsam zu beantworten.
Dieser Fragebogen verbleibt in Ihrer Patientenakte und ist somit datenrechtlich geschützt.

Größe: m Gewicht:..... kg

Leiden sie an Blutgerinnungsstörungen oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? Ja Nein
Wenn Ja, welche:

Tragen Sie einen Herzschrittmacher? Ja Nein

Bestehen bei Ihnen Allergien? Ja Nein
Wenn Ja, welche:

Besteht bei Ihnen ein Diabetes Mellitus? Ja Nein

Haben Sie Prothesenmaterial im Körper (außer Zahnersatz)? Ja Nein
Wenn Ja, wo:

Leiden Sie unter Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tuberkulose)? Ja Nein
Wenn Ja, welche:

Ist bei Ihnen Gicht oder Rheuma bekannt? Ja Nein

Besteht bei Ihnen ein Tumorleiden? Ja Nein
Wenn Ja, Art:

Leiden Sie unter einer der folgenden Organerkrankungen?

- | | | | |
|---|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> Herzschwäche | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> Magengeschwür | <input type="checkbox"/> Magenschleimhautentzündung | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Lungenembolie |
| <input type="checkbox"/> Nierenschwäche | <input type="checkbox"/> Chronische Bronchitis | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Leberentzündung |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> andere neurologische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Epilepsie | |

Bisherige Operationen (Wann, welche)?

Derzeitige Medikation (Name und Menge)?

Welchen Beruf üben Sie aus:

Einstufung GdB: MdE: Pflegegrad:

Bisherige/ letzte Reha oder Kur:

Ich erkläre hiermit mein Einverständnis und mein ausdrückliches Interesse, von der Praxis H. Untiedt ohne eigene Aufforderung über Untersuchungen und andere Anlässe telefonisch oder schriftlich informiert zu werden.

Bünde, den Unterschrift: