



Patienten-Fragebogen

(Bitte vollständig ausfüllen)

Ihre Persönlichen Daten

Vor- und Nachname:

Geburtsdatum:

Verheiratet	Ja	Nein	Kinder, wenn Ja wie viele:
Beruf:	Telefon:		
Mobiltelefon:	Email:		
PLZ/Wohnort	Straße		
Krankenkasse			

Angaben zu Ihrer Gesundheit

Herz-Kreislauf-Erkrankungen	Nein	Wenn ja, welche	
Schlaganfall	Nein	Ja	
Blutgerinnungsstörungen	Nein	Ja	
Tumorerkrankungen	Nein	Wenn ja, welche	
Asthma, Lungenerkrankungen	Nein	Wenn ja, welche	
Diabetes mellitus	Nein	Ja	
Nierenfunktionsstörungen	Nein	Ja	
Schilddrüsenerkrankungen	Nein	Ja	
Hautkrankheiten	Nein	Wenn ja, welche	
Infektionserkrankungen	Nein	Wenn ja, welche	
Gelenkerkrankungen/Rheuma	Nein	Wenn ja, welche	
Epilepsie	Nein	Ja	
Andere			

Allergien/Unverträglichkeiten

Allergien, Heuschnupfen	Nein	Wenn ja, welche
Antibiotika, Medikamente	Nein	Wenn ja, welche
Impfnebenwirkungen	Nein	Wenn ja, welche

Allgemeine Angaben

Raucher	Nein	Wenn ja, wie viel täglich
Alkoholkonsum	Nein	Wenn ja, was und wie viel
Operationen	Nein	Wenn ja, welche
Familiäre Tumorerkrankungen	Nein	Wenn ja, welche
Familiäre auftretende Krankheiten (z.B.: Schlaganfall, Herzinfarkt, Diabetes)	Nein	Wenn ja, welche

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

(Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer im Notfall) die Einverständniserklärung eines Erziehungsberechtigten notwendig.)

Ort/Datum

Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten