

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
 bevor wir Sie zu Ihrer Krankengeschichte befragen, erlauben Sie bitte, dass wir einige Aspekte auf diesem Fragebogen voran schriftlich erfragen. Selbstverständlich ist die Beantwortung nicht Pflicht bzw. wird im persönlichen Gespräch näher vertieft. Durch die Angaben erleichtern Sie das stattfindende Gespräch.

Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____
 Telefon/Mobil-Nr.: _____ Familienstand: _____
 E-Mail: _____ Kinder (wie viele): _____

Nächster Angehöriger, der Auskunft berechtigt sein und im Notfall benachrichtigt werden soll:

Name, Vorname, Telefon: _____

Wer ist Ihr Hausarzt? _____

Wer ist Ihr überweisender Arzt? _____

Haben Sie eine Vorsorgevollmacht? Nein Ja
 Haben Sie einen Pflegegrad? Wenn ja, welchen? _____

Haben Sie eine Patientenverfügung? Nein Ja

Größe: _____ Gewicht: _____

Ihre Vorerkrankungen:

Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	Magengeschwüre	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	Anfallsleiden	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	Thrombose/Embolien	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	Gelenk-Rheuma	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	Hautkrankheit	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja
Gicht	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja
Asthma	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	Psychische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja
COPD	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	Blut-/Tumorerkrankung*	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja

*Wenn ja, welche? _____

Allergien/Unverträglichkeiten: Penicillin Nein Ja
 Kontrastmittel Nein Ja
 Andere* Nein Ja

*Wenn ja, welche? _____

Gewicht Konstant Nicht konstant
 Zunahme Abnahme _____ Kg in _____ Monaten

Ich schwitze jede Nacht Nein Ja

Rauchen Sie? Nein Ja Wie viele pro Tag? _____ Seit wann? _____

Alkohol? Nein Ja Täglich Ab und zu

Was? _____ Wie viel? _____

Familienvorgeschichte (Groß-/Eltern, Geschwister, Kinder):

Herzinfarkt	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Gerinnungsstörung	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankung	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja*	<input type="checkbox"/>

*Welche? _____

Andere Erkrankungen: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein Ja

Alternativ legen Sie uns Ihren Medikationsplan mit QR-Code/Barcode vor.

Medikament	Wie oft?	Seit wann?

Notieren Sie bitte alle Krankenhausaufenthalte, Operationen, Kuren:

Krankenhaus	Erkrankung	Wann?

Wo werden Sie aktuell (innerhalb der letzten 12 Monate) behandelt?

Erkrankung	behandelnde(r) Ärztin/Arzt	Seit wann?

Beschreiben Sie bitte Ihre aktuellen Beschwerden (bzw. den Grund Ihrer Vorstellung bei uns):

Datum, Unterschrift Patient/in