



Patienten-Fragebogen

Online ausfüllbar!
Nach dem Ausfüllen bitte
ausdrucken, unterschreiben
und mitbringen!

Name, Vorname:	<input type="text"/>	geb. am:	<input type="text"/>
PLZ, Wohnort:	<input type="text"/>	Telefon:	<input type="text"/>
Straße, Hausnr.:	<input type="text"/>	Handy:	<input type="text"/>
Ausgeübte Tätigkeit:	<input type="text"/>	Arbeitgeber:	<input type="text"/>
Krankenkasse:	<input type="text"/>	Hausarzt:	<input type="text"/>

nicht privat versicherter Selbstzahler: ja

Wie dürfen wir Sie kontaktieren? e-Mail mobil SMS Festnetz

Die Termine werden durch **Jameda.de** verwaltet. Ggf. erhalten Sie von dort eine Benachrichtigung.

Wie wünschen Sie die Rechnung? e-Mail per Post direkt nach der Behandlung

e-Mail: ggf. Kennwort:

Erziehungsberechtigte(r) bei minderjährigen Patienten:

Name, Vorname: geb. am:

Anschrift falls abweichend:

Ich bin damit einverstanden, dass die Ärzte in der Praxisgemeinschaft Dres. Steinrücken, Drozd & Lieb im Interesse meiner Gesundheit zusammenarbeiten und meine Daten für diagnostische und therapeutische Zwecke austauschen dürfen. Im Falle von Laboruntersuchungen gestatte ich eine Datenweitergabe an das Labor. Des weiteren erlaube ich, dass Auskünfte an Versorgungsämter, Sozialgerichte, an die Deutsche Rentenversicherung und ggf. an meine Ärzte in meinem Interesse weitergeleitet werden dürfen.

Zudem ist mir bewusst, dass aufgrund gesetzlicher Vorschriften eine digitale Speicherung bzw. Übermittlung der Daten für Krankschreibung, Rezept sowie Arztbriefe ab dem 01.10.2021 vorgeschrieben ist. Mit der Datenspeicherung bin ich einverstanden.

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?

Sind sie **arbeitsunfähig**? nein ja seit:

Altersrente EU-Rente Rentenanspruch läuft GdB: %

Haben bzw. hatten Sie schon eine der folgenden Erkrankungen?

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