



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

Patienten-Fragebogen

Name, Vorname:

geb. am:

PLZ, Wohnort:

Telefon:

Straße, Hausnr.:

Handy:

Ausgeübte Tätigkeit:

Arbeitgeber:

Krankenkasse:

Hausarzt:

Selbstzahler (nicht privat versichert): 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 Praxisgemeinschaft Dres. Steinrücken, Drozd & Lieb meine Gesundheitsdaten intern austauscht, um meine Behandlung zu optimieren. Zudem erlaube ich die Weitergabe von Auskünften an Versorgungsämter, Sozialgerichte, die Deutsche Rentenversicherung und ggf. meinen Hausarzt, sofern dies in meinem Interesse liegt. Mir ist bewusst, dass Krankschreibungen, Rezepte und Arztbriefe ab dem 01.10.2021 digital gespeichert und übermittelt werden müssen. Die ausliegenden Hinweise zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

Verwendung der Dokumentationssoftware Eudaria:

Zur effizienten Dokumentation Ihrer Behandlung nutzen wir die Software Eudaria. Sie hilft uns, Gesprächsinhalte zu transkribieren und medizinische Dokumente zu erstellen. Nach unserer Überprüfung werden diese Daten sicher und DSGVO-konform in unserem Praxissystem gespeichert. Bei Fragen oder Änderungswünschen zur Zustimmung sprechen Sie uns bitte an. Mit der Datenspeicherung und Datenverarbeitung 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

Rentenantrag 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 oder 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 Rheuma oder Gicht? | <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 Schilddrüsenerkrankungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Haben Sie AIDS? | <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"/> | |
| Trinken Sie regelmäßig Alkohol? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Haben Sie Osteoporose? | <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"/> | | | |