



Patienten-Fragebogen

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

Name, Vorname:		geb. am:		
PLZ, Wohnort:		Telefon:		
Straße, Hausnr.:		Handy:		
Ausgeübte Tätigkeit:		Arbeitgeber:		
Krankenkasse:		Hausarzt:		
Selbstzahler (nicht privat versichert):	☐ ja	☐ weibl.	☐ männl.	
Wie dürfen wir Sie kontaktieren?	☐ e-Mail	☐ mobil	☐ SMS	☐ Festnetz
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 Auskünfte an Versorgungsämter, Sozialgerichte, meine Krankenkasse, die Deutsche Rentenversicherung und ggf. meinen Hausarzt erteilt werden, sofern dies in meinem Interesse liegt.

Mit der Datenspeicherung und Datenverarbeitung bin ich einverstanden.

Moderne Behandlungsverfahren, wie beispielsweise die **Sympathikustherapie**, sind im Leistungsverzeichnis der GOÄ nicht enthalten. Diese Leistungen werden daher gemäß § 6 Abs. 2 GOÄ analog abgerechnet.

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, den **Rechnungsbetrag vollständig zu begleichen**, auch wenn meine Krankenversicherung oder Beihilfe die Kosten (z.B. für analoge Ziffern) nicht oder nur teilweise erstattet.

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?

	☐ ja	☐ nein	Kommentar
Besteht bei Ihnen eine Zuckerkrankheit (Diabetes)?	☐ ja	☐ nein	
Haben oder hatten Sie Magen- /Darmgeschwüre?	☐ ja	☐ nein	
Besteht bei Ihnen eine Bronchial- oder Lungen-Erkrankung?	☐ ja	☐ nein	
Besteht bei Ihnen Heuschnupfen?	☐ ja	☐ nein	
Leiden Sie unter Allergien oder Unverträglichkeiten?	☐ ja	☐ nein	
Besteht bei Ihnen eine Medikamentenunverträglichkeit?	☐ ja	☐ nein	
Besteht bei Ihnen ein hoher oder niedriger Blutdruck?	☐ ja	☐ nein	
Hatten Sie einen Schlaganfall?	☐ ja	☐ nein	
Haben Sie Lähmungen?	☐ ja	☐ nein	
Haben oder hatten Sie einen Herzinfarkt oder andere Herzleiden?	☐ ja	☐ nein	
Haben Sie einen Herzschrittmacher?	☐ ja	☐ nein	
Besteht bei Ihnen Rheuma oder Gicht?	☐ ja	☐ nein	
Hatten Sie Blut im Stuhl?	☐ ja	☐ nein	
Hatten Sie eine Gelbsucht oder Lebererkrankungen?	☐ ja	☐ nein	
Haben oder hatten Sie Nieren- oder Blasenerkrankungen?	☐ ja	☐ nein	
Hauterkrankungen / Ekzeme / Ausschläge	☐ ja	☐ nein	
Bestehen bei Ihnen neurologische oder psychische Erkrankungen?	☐ ja	☐ nein	
Leiden Sie unter Krampfanfällen (Epilepsie)?	☐ ja	☐ nein	
Besteht bei Ihnen eine Schlafapnoe?	☐ ja	☐ nein	
Haben Sie Grünen Star oder ein Glaukom?	☐ ja	☐ nein	
Hatten Sie Knochenbrüche?	☐ ja	☐ nein	
Haben Sie Krampfadern?	☐ ja	☐ nein	
Hatten Sie eine Thrombose?	☐ ja	☐ nein	
Bestehen bei Ihnen Schilddrüsenerkrankungen?	☐ ja	☐ nein	
Haben Sie AIDS?	☐ ja	☐ nein	
Hatten Sie Knocheneiterungen (Osteomyelitis)?	☐ ja	☐ nein	
Leiden Sie unter Blutarmut / Bluterkrankungen?	☐ ja	☐ nein	
Bestehen bei Ihnen Gerinnungsstörungen?	☐ ja	☐ nein	
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein?	☐ ja	☐ nein	
Haben oder hatten Sie eine Tumor- oder Krebserkrankung?	☐ ja	☐ nein	

Wenn ja, welche?

Leiden oder litten Sie unter Infektionskrankheiten?	☐ ja	☐ nein	
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	☐ ja	☐ nein	
Rauchen Sie?	☐ ja	☐ nein	
Haben Sie Osteoporose?	☐ ja	☐ nein	

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Knochendichtemessung durchgeführt?	☐ ja	☐ nein	
--	-----------------------------	-------------------------------	--

Wenn ja, waren die Meßwerte normal?

Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?	☐ ja	☐ nein	
---	-----------------------------	-------------------------------	--

Größe: cm Gewicht kg

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein (z.B. Pille, Magen-, Bluthochdruck-, Schmerz-, Schlaf-, Abführ-, Beruhigungsmittel)?	☐ ja	☐ nein	
--	-----------------------------	-------------------------------	--

Wenn ja, welche?

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit zusätzlich ein:

Möchten Sie mir noch etwas mitteilen?