



## 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"/>	
Selbstzahler (nicht privat versichert):	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> weibl.	<input type="checkbox"/> männl.	
Wie dürfen wir Sie kontaktieren?	<input type="checkbox"/> e-Mail	<input type="checkbox"/> mobil	<input type="checkbox"/> SMS	<input type="checkbox"/> Festnetz
Wie wünschen Sie die Rechnung?	<input type="checkbox"/> e-Mail	<input type="checkbox"/> per Post	<input type="checkbox"/> direkt nach der Behandlung	
E-Mail:	<input type="text"/>	ggf. Kennwort:	<input type="text"/>	

### Erziehungsberechtigte(r) bei minderjährigen Patienten:

Name, Vorname:	<input type="text"/>	geb. am:	<input type="text"/>
Anschrift falls abweichend: <input type="text"/>			

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.  
Zur effizienten Dokumentation nutzt Dr. Steinrücken das KI-gestützte System HeidiHealth, das das Gespräch in Echtzeit verschriftlicht. Audioaufnahmen werden nicht gespeichert. Mit der Nutzung bin ich einverstanden.  
Moderne Behandlungsverfahren wie die Sympathikustherapie werden gemäß § 6 Abs. 2 GOÄ analog abgerechnet. Ich erkläre mich einverstanden, den Rechnungsbetrag vollständig zu begleichen, auch wenn meine Versicherung oder Beihilfe die Kosten nicht oder nur teilweise erstattet.  
Alle Einwilligungen gelten bis auf Widerruf. Ich kann sie jederzeit schriftlich widerrufen.

Datum:	<input type="text"/>	Unterschrift:	<input type="text"/>
--------	----------------------	---------------	----------------------

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?

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

Wenn ja, welche?

Leiden oder litten Sie unter Infektionskrankheiten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Haben Sie Osteoporose?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wurde bei Ihnen schon einmal eine Knochendichtemessung durchgeführt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, waren die Meßwerte normal?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> 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?