

Vorlage für Ihren Patienten-Fragebogen Seite 1

Die Beantwortung ist freiwillig: Sie müssen nicht alle Fragen beantworten.

Personalien

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße	
PLZ	
Stadt	
Telefon / Handy	
Beruf	
Familienstand	
Konfession	

Hausarzt

--

Nächster Angehöriger (mit Telefonnummer)

--

Darf Sie oder er Auskunft über Ihren Gesundheitszustand bekommen: ja nein

Versicherung

Versicherung		Chefarztbehandlung	ja
Zusatzversicherung		Zweibettzimmer	
		Einbettzimmer	

Auf Wunsch senden wir Ihnen gerne den Text als Word-Dokument zu, so dass Sie das Formular leichter übernehmen und anpassen können. → info@kompetenz-trainieren.de

Was sind Ihre aktuellen Beschwerden?

--

Gab es bereits Voruntersuchungen?

Röntgen, MRT,CT	
Labor	
Facharzt	

Welche Medikamente nehmen Sie?

Name:

Dosierung:

Vorlage für Ihren Patienten-Fragebogen Seite 4

--	--

Wie ist Ihre Krankengeschichte (Anamnese) und welche Vorerkrankungen haben Sie?

Größe: cm Gewicht: kg

Haben Sie ...

<input checked="" type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Allergien	Welche?
<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	Wie hoch?
<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus / Zucker	
<input type="checkbox"/>	Fettstoffwechselstörung	
<input type="checkbox"/>	Krebserkrankung	
<input type="checkbox"/>	Hautkrankheiten	
<input type="checkbox"/>	Erkrankungen des Kopfes	
<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung	
<input type="checkbox"/>	Lungenerkrankung	
<input type="checkbox"/>	Herzerkrankung	
<input type="checkbox"/>	Magenerkrankung	
<input type="checkbox"/>	Darmerkrankung	
<input type="checkbox"/>	Gab es eine Koloskopie / Darmspiegelung	Wenn ja: Wann:
<input type="checkbox"/>	Bauchspeicheldrüse	
<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankungen	
<input type="checkbox"/>	Leber / Gelbsucht	
<input type="checkbox"/>	Genitalorgane	
<input type="checkbox"/>	Rheuma	
<input type="checkbox"/>	Gicht	
<input type="checkbox"/>	Psychische Erkrankung	
<input type="checkbox"/>	Sonstiges	Was?

Operationen

<input checked="" type="checkbox"/>	
	Blinddarm entfernt
	Rachenmandeln entfernt
	Gallenblase entfernt

<input checked="" type="checkbox"/>		
	Ich war in den letzten 2 Jahren im Krankenhaus	Wann und wo?
	Ich war im letzten Jahr im Ausland	Wann und wo?

Veränderungen im letzten Jahr bei Hunger, Durst, Verdauung

	<input checked="" type="checkbox"/> Mehr	<input checked="" type="checkbox"/> Weniger
Durst		
Appetit		
Stuhlgang		
Wasserlassen		
Ich schwitze		

Gewohnheiten

<input checked="" type="checkbox"/>		Wie viel?	Seit wann?
	Ich rauche		
	Ich trinke regelmäßig Alkohol		
	Ich habe viel Stress?		
	Ich treibe regelmäßig Sport?		
	Ich schlafe ausreichend		

Schmerzen

Auf Wunsch senden wir Ihnen gerne den Text als Word-Dokument zu, so dass Sie das Formular leichter übernehmen und anpassen können. → info@kompetenz-trainieren.de

Vorlage für Ihren Patienten-Fragebogen Seite 6

<input checked="" type="checkbox"/>		Wo und seit wann?
	Ich leide unter wiederkehrenden Schmerzen	

Seelische Beschwerden

<input checked="" type="checkbox"/>	
	Ich schlafe gut
	Ich habe Freude an Dingen verloren, die mir früher immer Spaß gemacht haben
	Ich fühle mich häufig einsam
	Ich kann mich schlecht konzentrieren
	Ich habe Schwierigkeiten meine Alltagsaufgaben zu bewältigen
	Meine Gedanken kreisen ständig um die gleichen Probleme
	Mir fällt es schwer, mich unter vielen Menschen zu bewegen
	Ich habe viele Ängste

Familiengeschichte

	Vater	Mutter	Bruder	Schwester	Opa	Oma
Bluthochdruck						
Blutzuckererkrankung						
Herzinfarkt						
Schlaganfall						
Fettstoffwechselstörung						
Asthma						
Krebs						
Thrombosen						
Sonstiges						

Unterschrift -----

„Ihr Ort“, den -----

Auf Wunsch senden wir Ihnen gerne den Text als Word-Dokument zu, so dass Sie das Formular leichter übernehmen und anpassen können. → info@kompetenz-trainieren.de