



Patientenfragebogen

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon, Fax, Email: _____

Gewicht: _____ Größe: _____

Beruf: _____

Familienstand: _____ Kinder: _____

Vorerkrankungen: _

Diabetes mellitus Bluthochdruck Herzerkrankung

Lungenerkrankung Schilddrüsenerkrankung Nierenerkrankung

Nikotin Wieviel _____ Nichtraucher seit wann _____

Alkohol/Drogen Wieviel _____

Allergien Welche _____



Ansteckende Krankheiten:

AIDS/HIV Hepatitis B Hepatitis C Sonstige _____

Schwerbehinderung Pflegegrad

Operationen und Krankenhausaufenthalte:

Welche Medikamente nehmen Sie ein? Alternativ Medikamentenplan

Erkrankungen in der Blutsverwandtschaft:

Diabetes mellitus Bluthochdruck Herzerkrankung

Lungenerkrankung Schilddrüsenerkrankung Nierenerkrankung

Sonstige _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____