



Fragebogen an die Patientin/den Patienten/die Angehörigen

Zur Vorbereitung des Arztgespräches in unserer Praxis möchten wir Sie um Beantwortung folgender Fragen bitten.

Haben Sie einen Medikamentenplan? Wenn ja, dann halten Sie diesen bitte bereit und geben Sie ihn an der Anmeldung ab. Wir machen gerne eine Kopie davon für unsere Unterlagen.

Name : _____ **Geb. Datum:** _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____ **Beruf:** _____
(bei Rentner/-in: bitte Beruf vor der Rente eintragen)

1. Welche Beschwerden führen Sie zu uns?

2. Seit wann haben Sie diese Beschwerden?

3. Waren Sie wegen dieser Beschwerden schon in Behandlung? **JA** **NEIN**

Wenn ja, bei welchem Arzt?
Wurden dort Untersuchungen gemacht? Wenn ja, welche?

4. Haben Sie Vorerkrankungen? (z.B. Diabetes, Bluthochdruck, Herzerkrankungen)

Bitte die Rückseite auch ausfüllen

5. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? **JA** **NEIN**

Wenn ja, welche? Wir kopieren auch gerne Ihren Medikamenten-Plan!

6. Gibt es in Ihrer Familie Nervenerkrankungen? **JA** **NEIN**

Wenn ja, welche?

7. Haben Sie eine ansteckende Krankheit? **JA** **NEIN**

Wenn ja, welche?

8. Sind bei Ihnen Allergien bekannt? **JA** **NEIN**

Wenn ja, welche?

9. Ich bin mit der Übersendung des Arztbriefes an meinen Hausarzt einverstanden.

JA **NEIN**

Name des Hausarztes: _____

10. Ich bin damit einverstanden, dass meine Angehörigen Rezepte/Überweisungen in meinem Namen abholen dürfen.

JA **NEIN**

11. Ich bin damit einverstanden vor dem nächsten Termin per SMS erinnert zu werden.

JA **NEIN**

12. Körpergröße: _____ Körpergewicht: _____

Datum: _____ Unterschrift Patient/-in: _____