

Patientenfragebogen bei Aufnahme stat. Patienten

Liebe Patientin, lieber Patient,

dieser Fragebogen soll das ärztliche Gespräch vorbereiten. Er macht das persönliche Gespräch mit Ihrem Arzt keineswegs überflüssig. Der Fragebogen soll dazu beitragen, dass Sie nichts Wichtiges an Informationen vergessen. Selbstverständlich unterliegen Ihre Auskünfte der ärztlichen Schweigepflicht. Es ist Ihnen natürlich freigestellt, diesen Bogen auszufüllen.

Name:	Geb. Datum:
Datum:	

Bei mir selbst sind bisher folgende Krankheiten aufgetreten:

bitte ankreuzen	Art der Erkrankung?	bitte ankreuzen	Art der Erkrankung?
<input type="checkbox"/> Rheuma		<input type="checkbox"/> Herz/Kreislauf	
<input type="checkbox"/> Gicht		<input type="checkbox"/> Nieren/ Harnblase	
<input type="checkbox"/> Wirbelsäule Bandscheibenvorfall		<input type="checkbox"/> Haut z. B. Schuppenflechte	
<input type="checkbox"/> Gelenkschäden		<input type="checkbox"/> Gefäßerkrankungen z. B. Thrombosen	
<input type="checkbox"/> Lungenerkrankung, z. B. Tbc		<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus seit: Insulin: Tabletten :	
<input type="checkbox"/> Magen/Darm, z.B. Magengeschwüre		<input type="checkbox"/> seelische Leiden Depressionen	
<input type="checkbox"/> Leber/Gallenblase z. B. Hepatitis		<input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen	

In meiner engeren Familie sind folgende Krankheiten aufgetreten: (bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Rheuma <input type="checkbox"/> Schuppenflechte <input type="checkbox"/> Bechterew'sche Erkrankung
---	---

Operationen, Krankenhausaufenthalte, schwere Unfälle, ggf. mit Dauerfolgen:

Wann	Wo	Krankheit/Unfall	Art der Behandlung

⇒ **Bitte wenden**

Wann war die letzte rheumatologische Untersuchung?	
Wann war die letzte orthopädische Untersuchung?	
Liegen Röntgenbilder vor?	

Welche Impfungen haben Sie? (bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Kinderlähmung <input type="checkbox"/> Tetanus <input type="checkbox"/> Pneumokokken (bakterielle Lungenentzündung)	<input type="checkbox"/> FSME <input type="checkbox"/> andere
---	--	--

Haben Sie Allergien auf:	Medikamente	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche?
	jodhaltige Kontrastmittel	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
	Heuschnupfen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
	Andere?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	

Medikamentenunverträglichkeiten? nein ja Wenn ja, welche:

Haben Sie **Asthma bronchiale**? nein ja

Welche Medikamente nehmen Sie ein? (Sie können auch Ihren Medikamentenplan zeigen oder einen Medikamentenplan mitbringen)				
Name des Medikaments	morgens	mittags	abends	nachts

Nehmen Sie zusätzlich bei Bedarf:	Schmerzmittel?	welche?	wie viel?
	Abführmittel (regelmäßig?)	welche?	wie viel?
	Schlafmittel?	welche?	wie viel?

Trinken Sie alkoholische Getränke?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wie viel?
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wie viel? seit dem Lebensjahr
		<input type="checkbox"/> Ex-Raucher seit
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. §73 Abs. 1b SGB V

Mitbehandelnde Ärzte:	Name:	Fachrichtung:

Möchten Sie, dass wir einen Befundbericht an Ihren Hausarzt schicken? nein ja

.....
(Unterschrift)