

Fragebogen für neue Patienten



Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Beruf: _____

Name der Krankenversicherung: _____

Ehemaliger Hausarzt: _____

Um Sie etwas besser kennen zu lernen, bitten wir Sie, folgende Fragen zu Ihrem Gesundheitsstatus zu beantworten.

Sind folgende Erkrankungen bei Ihnen oder in Ihrer Familie bekannt? Bitte kreuzen Sie an.

Rücken/Gelenkerkrankungen _____ Magen-Darm _____

Blase-Nieren _____ Hauterkrankungen _____

Herz-Kreislauserkrankungen _____ Lungenerkrankungen _____

Stoffwechselerkrankungen _____ Krebserkrankungen _____

Sonstige: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? J / N wenn Ja bitte hier eintragen

Medikament	Wirkstärke	Dosierung

Ihre Größe: _____ Ihr Gewicht: _____

Leiden Sie an Allergien? Wenn ja, welche? _____

Besitzen Sie einen Impfausweis? J / N (wenn ja, bitte mitbringen)

Ort, Datum _____

Unterschrift des Patienten: _____