

Patientenfragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

vor Ihrem ersten Besuch in unserer Praxis drucken Sie diesen Fragebogen bitte aus und bringen diesen ausgefüllt zum Termin mit. Auch muss der Bogen ausgefüllt werden, wenn Sie länger als 2 Jahre nicht Patient*in bei uns waren. Zwischenzeitliche Änderungen (z. B. Hausarztwechsel) bitten wir am Termin mündlich mitzuteilen.

Wir weisen darauf hin, dass im Vertretungsfall alle Ärzte der Praxis Einsicht in Ihre Krankenakte haben können.

Angaben zur Person:

Name, Vorname Geburtsdatum Telefon

jetzige berufliche Tätigkeit Alter Gewicht / Größe

überweisender Arzt: in

Hausarzt: in

Angaben zu Erkrankungen, Allergien und Medikamenteneinnahmen:

Vorerkrankungen? nein ja _____
(z.B. Bluthochdruck / Herz / Diabetes / Niere / Krebs) (welche?)

Ist bei Ihnen eine Infektionskrankheit bekannt? nein ja _____
(z. B. Hepatitis, HIV) (welche?)

Sind Sie schon einmal operiert worden? nein ja _____
(woran / wann?)

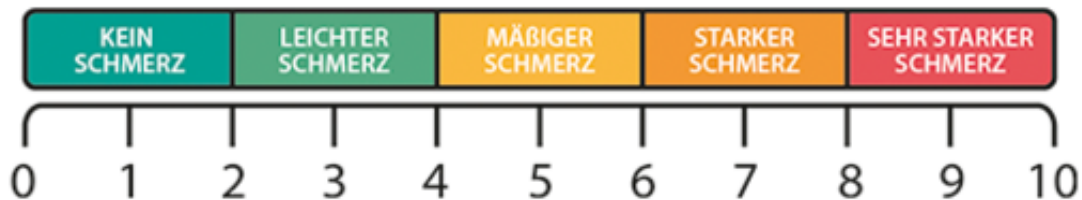
Traten bei früheren OPs Komplikationen auf? nein ja _____
(welche?)

Haben Sie irgendwann einen Unfall erlitten? nein ja _____
(welcher Art?)

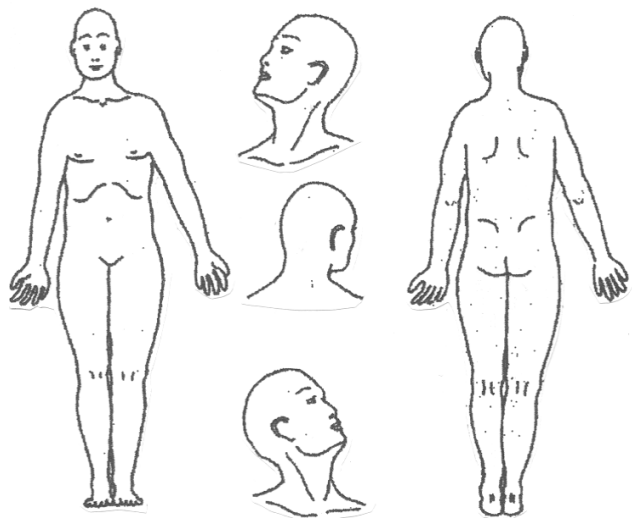
DIE NEUROCHIRURGEN IM GEWERBEPARK

- Haben Sie Allergien? nein ja _____
(welche?)
- Nehmen Sie Schmerzmittel ein? nein ja _____
(welche?)
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? nein ja _____
(welche?)
- Bestehen Blutgerinnungsstörungen? nein ja _____
(welche?)
- Nehmen Sie Gerinnungshemmer ein?
(z. B. Marcumar, Lixiana, Eliquis, ASS?) nein ja _____
(welche?)
- Haben Sie in letzter Zeit an Gewicht verloren? nein ja _____
(wieviel?)
- Rauchen Sie? nein ja _____
(wieviel?)

Geben Sie uns bitte hier die Stärke Ihres aktuellen Schmerzes an:



Wohin strahlen die Schmerzen aus?
(bitte an der Körperskizze anzeichnen)



Datum _____

Unterschrift _____