

Patientenfragebogen, am: _____



Lieber Patient, selbstverständlich unterliegen alle Daten der Schweigepflicht.

Vorname, Name: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon/Fax: _____

E-mail: _____

Beruf: _____

Familienstand: _____

Kinder, Anzahl: _____

Größe, Gewicht: _____

Hausarzt: _____

Zahnarzt, Fachärzte: _____

Krankenversicherung: _____

Kinderkrankheiten?

Mumps Masern Röteln
Keuchhusten Windpocken
Diphtherie Pfeiffer
Mandelentzündungen
Scharlach

Krankenhausaufenthalte/Operationen?

Zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Welche?

Impfungen? Wann letzte Impfung?

Welche Medikamente? Regelmäßig/unregelmäßig?

Unverträglichkeiten/Allergien?

Ihr Hauptanliegen:

Begleitsymptome?

Beschwerden/Schmerzen? Grad 1 – 10:

Vitalität? Grad 1 – 10: _____

Belastbarkeit? Grad 1 – 10: _____