

Patientenfragebogen

Name, Vorname des Patienten [Blockschrift] _____

Geburtsdatum _____

Überweisung durch _____

Wie sind Sie telefonisch zu erreichen?

tagsüber: _____

abends: _____

Handy: _____

Soll ein Arztbrief geschrieben werden? Nein

Ja, an:

Hausarzt

Überweiser

Anderen Arzt

Name _____

Anschrift _____

Ich bin einverstanden, dass bei Bedarf meine alten Befunde von anderen Ärzten angefordert werden.

Nein

Ja

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Internet

Empfehlung anderer Ärzte

Private Empfehlung

Grund der Vorstellung:

Vorerkrankungen/Operationen _____

Welche Medikamente nehmen Sie ein? _____

Größe _____ cm

Gewicht _____ kg

Sind Ihnen Allergien bekannt?

Nein

Ja

Falls ja, welche? _____

Ist in der Familie ein Diabetes bekannt?

Nein

Ja

Bei Frauen: Ist Ihre Periode regelmäßig?

Nein

Ja

Welcher Zyklustag ist heute? _____

Rauchen Sie?

Nein

Ja, _____ Zigaretten pro Tag

Wie viel Alkohol trinken Sie pro Tag? _____