

Patientenfragebogen

Name

Vorname

Beruf

Größe

Gewicht

Familienstand

Anzahl der Kinder

Krankenversicherung (Name): _____

gesetzlich privat Beihilfe Zusatzversicherung

Welche aktuellen Beschwerden veranlassen Sie, meine Praxis aufzusuchen?

Bestehen chronische Erkrankungen, Bluthochdruck, erhöhte Blutzuckerwerte? Wenn ja, welche?

Welche Kinderkrankheiten haben Sie durchgemacht?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche und seit wann?

Leiden Sie unter Allergien oder Unverträglichkeiten? Wenn ja, welche?

Hatten Sie in Ihrem bisherigen Leben Unfälle oder Operationen? Welche?

Haben Sie Narben? Wenn ja, wo?

Welche Impfungen haben Sie bekommen und wann zuletzt? (Bitte Kopie aus dem Impfausweis beilegen)

Gab es Zahnbehandlungen/Zahnfüllungen? Wenn ja, welche Art?

Rauchen Sie oder haben Sie früher geraucht? Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag?

Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, wie viel und was pro Monat?

Treiben Sie regelmäßig Sport? Welche Sportart und wie häufig?

Bestehen besondere berufliche Belastungen?

Haben Sie Schlafstörungen? Wie viele Stunden schlafen Sie pro Nacht?

Welche Erkrankungen gab es in der Familie? (Mutter, Vater, Geschwister, Großeltern, Onkel, Tanten)
