



Patientenfragebogen:

Sehr geehrte Patientin, Sehr geehrter Patient,

wir freuen uns Sie (erstmal) in unserer Praxis begrüßen zu dürfen und möchten Sie bitten, einige wichtige allgemeine Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand vorab zu beantworten.

Name, Vorname: _____

Telefon: _____ Handy: _____ eMail: _____

Geb.: _____ Beruf: _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Haben Sie Allergien: () Ja () Nein

wenn ja, welche? _____

Leiden Sie an akuten oder chronischen Erkrankungen des Kreislaufs (Herz, Blutdruck):

() Ja () Nein

wenn ja, welche? _____

Liegt bei Ihnen eine Blutungsneigung vor? () Ja () Nein

Haben Sie Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, TBC, AIDS usw.) durchgemacht:

() Ja () Nein

wenn ja welche? _____

Haben Sie innere Krankheiten (Zucker, Schilddrüse, Leber, Niere, usw.):

() Ja () Nein

wenn ja welche? _____

Arzneimittelüberempfindlichkeit: () Ja () Nein

wenn ja auf welches Medikament? _____

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein: () Ja () Nein

wenn ja welche? _____

Nehmen Sie Dauer-Medikamente ein: () Ja () Nein

wenn ja welche? _____

Wurde bei Ihnen zuletzt ein gesetzliches Hautkrebs-Screening durchgeführt?

() noch nie Wann: _____ wo: _____

Hausarzt !!: _____

Datum _____ **Unterschrift:** _____