



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: _____

E-Mail: _____

Geb.: _____ Beruf: _____

Größe: _____ m Gewicht: _____ kg

Haben Sie Allergien: () Ja () Nein

wenn ja, welche? _____

Leiden Sie an akuten, chronischen oder inneren Erkrankungen

() Ja, welche? () Nein

Schilddrüsenüberfunktion () Schilddrüsenunterfunktion () Hypertonie ()

Herzrhythmusstörungen () Herzinsuffizienz () Hypotonie ()

Niereninsuffizienz () Diabetes () Krebserkrankung ()

Sonstige _____

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

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

() Ja () Nein

wenn ja welche? _____

Arzneimittelüberempfindlichkeit: () Ja () Nein

wenn ja auf welches Medikament? _____

Nehmen Sie Medikamente ein: () Ja () Nein

wenn ja welche? _____

Wurde bei Ihnen zuletzt ein gesetzliches Hautkrebs-Screening durchgeführt?

() noch nie Wann: _____ wo: _____

Hausarzt (+Ort): _____

Datum _____ **Unterschrift:** _____