# Patienten-Fragebogen

Schwetzingen, den _____

Patienten-Name: _____

Geburtsdatum: _____ Tel.Nr. _____

E-Mail Adresse: (freiwillig)_____

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, bitte kreuzen Sie zutreffendes an:**

Bestehen bei Ihnen **Infektionskrankheiten**, wenn ja, dann bitte ankreuzen:

**Hepatitis** **A** □ **B** □ **C** □ **D** □ **E** □ **HIV** □ **Lues/Syphilis** □

**Tuberkulose** □ **Borreliose** □ **FSME** □ **Sonstige Infektionen** □

| **Hatten sie Zeckenbisse?** | Ja □ Nein □ | Wenn Ja: Wann? | |
|---|---|---|---|
| Bluthochdruck | Ja □ Nein □ | Diabetes mellitus | Ja □ Nein □ |
| Niederer Blutdruck | Ja □ Nein □ | Nierenentzündungen | Ja □ Nein □ |
| Herzrhythmusstörungen | Ja □ Nein □ | Dialysepflicht | Ja □ Nein □ |
| Herzmuskelentzündung | Ja □ Nein □ | Sodbrennen/saures Aufstoßen | Ja □ Nein □ |
| Herzklappenfehler | Ja □ Nein □ | Magen-Darm-Beschwerden | Ja □ Nein □ |
| Herzentzündung | Ja □ Nein □ | Magengeschwür | Ja □ Nein □ |
| Arterielle Durchblutungsstörung | Ja □ Nein □ | Zwölffingerdarmgeschwür | Ja □ Nein □ |
| - der Herzkranzgefäße | Ja □ Nein □ | Schilddrüsenüberfunktion | Ja □ Nein □ |
| - der Extremitäten | Ja □ Nein □ | Schilddrüsenunterfunktion | Ja □ Nein □ |
| Zustand nach Herzinfarkt | Ja □ Nein □ | Zustand nach Gelbsucht | Ja □ Nein □ |
| Zustand nach Schlaganfall | Ja □ Nein □ | Gelenkrheuma | Ja □ Nein □ |
| Blutungsneigung | Ja □ Nein □ | Weichteilrheuma | Ja □ Nein □ |
| Gerinnungsstörung | Ja □ Nein □ | Depression | Ja □ Nein □ |
| Venenthrombose | Ja □ Nein □ | Neurodermitis | Ja □ Nein □ |
| Lungenembolie | Ja □ Nein □ | Hauterkrankungen | Ja □ Nein □ |
| Lungenerkrankung | Ja □ Nein □ | Rückenleiden | Ja □ Nein □ |
| Asthma bronchiale | Ja □ Nein □ | Bandscheibenbeschwerden | Ja □ Nein □ |
| Chronische Bronchitis | Ja □ Nein □ | Epilepsie/Krampfanfälle | Ja □ Nein □ |
| Allergisches Asthma | Ja □ Nein □ | Sind Sie Raucher/in? | Ja □ Nein □ |
| Schnarchen Sie? | Ja □ Nein □ | sonstige Erkrankungen: | |
| Haben Sie dabei Atempausen? | Ja □ Nein □ | | |
| Fühlen Sie Tagesmüdigkeit? | Ja □ Nein □ | | |

**Allergien** z.B. Heuschnupfen □, Nahrungsmittel □, Fruchtzucker □, Jod □, Medikamente □, Pflaster □, Latex □, andere Allergien: _____

Welche **Dauermedikamente** nehmen Sie ein (bitte nennen Sie die Medikamentennamen)?

_____

**Hausarzt**: _____ **Arztbrief erwünscht**? Ja □ Nein □

**Anschrift:** _____

_____

**Meine Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.**

**Unterschrift**:_____