

## Patientenfragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient!

Um Sie optimal betreuen und versorgen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen **nach Ihrem besten Wissen und Gewissen** auszufüllen – er hilft uns Sie besser kennen zu lernen. Ihre Daten werden mit Ihnen besprochen, in unserem System erfasst und in Papierform vernichtet.

**Alle Daten, die wir von Ihnen erhalten, fallen unter die ärztliche Schweigepflicht und werden nur von uns für Ihre bestmögliche Behandlung verwendet.**

Danke vielmals für Ihre Hilfe!

### Patientendaten

Nachname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

SV-Nr.: \_\_\_\_\_

### Hinweise für unser Team

Brauchen Sie Hilfe beim Gehen?  Ja  Nein

Haben Sie Angst um Hilfe zu fragen, wenn Sie sie benötigen?  Ja  Nein

Können wir Ihnen besondere Hilfestellung leisten?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

### Soziale Hintergründe

Familienstand: \_\_\_\_\_

Leben Sie alleine? \_\_\_\_\_

Haben Sie Unterstützung von Familie/Freunde/Pflegekräfte?  Ja  Nein

Kinder:  Ja  Nein

Gemeinsames Sorgerecht  alleiniges Sorgerecht Vater/Mutter

Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an folgenden Erkrankungen?

<b>Herz-Kreislauf Erkrankungen</b>	<b>Gefäßerkrankungen</b>	<b>Organerkrankungen</b>
Bluthochdruck <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Herzinfarkt <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Herzerkrankungen <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Schlaganfall <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Durchblutungsstörungen <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Venenthrombose <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Lungenembolie <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Tumorerkrankungen <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Lebererkrankungen <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Augenerkrankungen <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
<b>Hormonerkrankungen</b>	<b>Stoffwechselerkrankungen</b>	<b>Blutgerinnungsstörungen</b>
PCO <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Schilddrüsenerkrankungen <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Diabetes (Zuckerkrankheit) <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Fettstoffwechselstörung <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Schilddrüsenerkrankung <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Hämophilie <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Angeborene oder Vererbte Blutgerinnungsstörungen <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
<b>Psychische Erkrankungen</b>	<b>Neurologische Erkrankungen</b>	<b>Orthopädische Leiden</b>
Demenz <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Depressionen <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Persönlichkeitsstörung <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Anpassungsstörung <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Abhängigkeiten: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Epilepsie (Krampfleiden) <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Migräne <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Nerven- und Reizleitungsstörungen <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Sensomotorische Störungen <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	

Haben Sie chronische Erkrankungen, die oben nicht angeführt wurden?

---

Hatten Sie Operationen bzw. Eingriffe an Ihrem Körper?

Wenn ja, in welchem KH?

---



---



---



---

Rauchen Sie?  Ja  Nein

Wenn ja, wie viel? \_\_\_\_\_

Nicht mehr seit? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Verhütungsmittel?  Ja  Nein

(zB Pille, 3-Monatsspritze, Hormonspirale, Verhütungspflaster, Nuva-Ring)

Sind Sie interessiert an Alternativmedizin?  Ja  Nein

(Homöopathie, Aromatherapie, Bachblüten)

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol?  Ja  Nein

Wenn ja, wie viel? \_\_\_\_\_

Nicht mehr seit? \_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Medikamenteneinnahme notwendig?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie Unverträglichkeiten?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Treiben Sie Sport?  Ja  Nein

Wenn ja, wie viel? \_\_\_\_\_

Haben Sie Gewichtsprobleme?  Ja  Nein

Haben Sie in den letzten 6 Monaten stark zu- oder abgenommen?

Ja  Nein

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Führen Sie einen Impfpass?  Ja  Nein

Wurden bei Ihnen folgende Untersuchungen durchgeführt?

Herzkatheter  Ja  Nein

Magenspiegelung  Ja  Nein

Darmspiegelung  Ja  Nein

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?

- Bluthochdruck
- Herzerkrankungen
- Schlaganfall
- Durchblutungsstörungen der Beine
- Diabetes (Zuckererkrankung)
- Tumorerkrankungen (Krebs)
- Blutungsstörungen
- Bluterkrankungen
- (AIDS, HIV, Anämie, Leukämie)
- Thombose
- Lungenembolie