

Patientenfragebogen Praxis Drs. Juristic und Faller-Juristic

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Wohnort:

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Versicherung: _____

Bei Privatversicherten - Versicherungsnehmer:

Gebührenbefreiung: Ja Nein

Schwerbehinderung: Ja ___% Nein

Pflegebedürftigkeit: Ja Grad: _____ Nein

Leiden Sie an chronischen Krankheiten? **Bitte ankreuzen!**

Bluthochdruck Ja Nein

Diabetes-Zuckerkrankheit Ja Nein

Spritzen Sie Insulin? Ja Nein

Herzerkrankungen Ja Nein

Nierenerkrankungen Ja Nein

Magen-Darmerkrankungen Ja Nein

Lebererkrankungen Ja Nein

Thrombose Ja Nein

Durchblutungsstörungen Ja Nein

Schlaganfall Ja Nein

Augenerkrankungen Ja Nein

Ansteckende Erkrankungen (HIV, Hepatitis, TBC) Ja Nein

Rheuma Ja Nein

Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Krampfanfälle	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche? _____		
Nehmen Sie die Pille?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie einen Herzschrittmacher oder Defibrillator?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie eine Allergie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche? _____		
Haben Sie eine Medikamentenunverträglichkeit?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche? _____		
Sind Sie schon mal operiert worden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, wann? Welche Operationen?		

Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein