

Patientenfragebogen (Dr. Brunner)

Name, Vorname:

Patienten-Nr.:

.....

.....

Telefon/Handy:

(bitte gut lesbar schreiben)

Körpergröße: cm:

Gewicht kg

Sind bei Ihnen Allergien gegen Medikamente bekannt?
ggfs. welche

ja nein

Nehmen Sie Marcumar ein?

ja nein

Nehmen Sie Cortison Tabletten ein?
ggfs. seit wann und in welcher Dosierung

ja nein

Haben Sie einen Herzschrittmacher oder einen Defibrillator?

ja nein

Leiden Sie oder eine enge Kontaktperson an ansteckenden Erkrankungen (z. B. Hepatitis, HIV o. a.)

ja nein

Leiden Sie an schweren Erkrankungen, die Ihre Leistungsfähigkeit im Vergleich zu anderen Personen in Ihrem Alter deutlich einschränken?
(z. B. Nierentransplantation, schwere Herzinsuffizienz etc.)

ja nein

Erhalten Sie Medikamente wegen Diabetes mellitus (erhöhter Blutzucker)?

ja nein

Wurden Sie wegen eines Magengeschwürs oder einer Magenschleimhautentzündung behandelt?

ja nein

Bei Frauen in gebärfähigem Alter:
Sind Sie zurzeit schwanger?

ja nein

Soll Ihr Hausarzt einen Brief über meine Untersuchung/Therapie erhalten? Wenn ja, entbinden Sie hiermit den behandelnden Arzt bis auf Widerruf von der ärztlichen Schweigepflicht bezüglich Befundmitteilungen an Hausärzte.

ja nein

Name und Ort des Hausarztes:

Bei Patienten ohne regulären Behandlungstermin (z. B. Notfallpatienten, akute Beschwerden) können wir längere Wartezeiten nicht immer vermeiden, da Patienten mit regulärem Behandlungstermin Priorität haben. Wir bitten um Ihr Verständnis.

Verl, den

.....
Unterschrift des Patienten
Handzeichen Mitarbeiterin: