

Fragebogen zur Krankengeschichte

Bitte nehmen Sie sich einen Moment Zeit, den medizinischen Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Die Informationen auf dem Fragebogen sind für unser Ärzteteam **essenziell**, um Ihren Fall fachgerecht beurteilen zu können. Ausserdem dienen die Angaben dazu, eine **eventuelle Erstuntersuchung zu planen**.

Das Ausfüllen des Fragebogens ist **unverbindlich** und ist mit **keinerlei Kosten verbunden**.

Bei Patienten **unter 18 Jahren** muss der Fragebogen von deren Gesetzlichen Vertretung ausgefüllt und signiert werden.

Bitte in Blockschrift ausfüllen

Anrede

Frau

Herr

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse:

Land/PLZ/Ort:

Telefon Privat:

Mobile: (mit Vorwahl)

E-Mail:

Stationärer Aufenthalt / gewünschter Zeitraum, Dauer

Zivilstand:

Kinder: (Anzahl, Geschlecht, Jahrgang)

Besitzen Sie ein Zahnröntgenbild (OPT), welches nicht älter als 1 Jahr ist ?

 Ja Nein

Kontaktperson im Notfall:

(Name, Adresse und Telefonnummer)

6. Zutreffende Punkte bitte ankreuzen und eventuell kurz beschreiben.

	normal	zu wenig	zu viel	Bemerkungen
1 Appetit / Durst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2 Verdauung / Stuhlgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3 Körperliche Bewegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
		nein	ja	Bemerkungen
4 Schlafstörungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5 Zahnprobleme		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6 Haben Sie Amalgamfüllungen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7 Haben Sie wurzelbehandelte Zähne?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8 Herzbeschwerden / Herzleiden		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9 Bluthochdruck / niedriger Blutdruck		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *	_____
10 Atemnot, Asthma,		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *	_____
11 Benötigen Sie O2 zuzufuhr?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *	_____
12 Unruhe, Konzentrationsstörungen, Müdigkeit		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
13 Störungen im Blasen- und Genitalbereich		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *	_____
14 Erbrechen, Übelkeit, Blähungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *	_____
15 Rückenprobleme, Gelenkprobleme		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *	_____
16 Haben Sie Schwierigkeiten mit Treppensteigen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
17 Benötigen Sie einen Rollstuhl?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
18 Sind Sie selbstständig?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
19 Falls Sie pflegebedürftig sind, bitte kurz beschreiben.				_____
20 Haben Sie eine Drainage oder Verbände?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
21 Allergien, Heuschnupfen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *	_____
22 Psychische Probleme		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
23 Essen Sie Diät?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *	_____
24 Osteoporose (falls ja, nehmen Sie Medikamente? Bisphosphonate?)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *	_____
25 Ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen oder Medikamente (Penicillin, Jod, Narkosemittel,...)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *	_____
26 Verstärkte Blutungsneigung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
27 Epilepsie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
28 HIV		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
28 Hepatitis		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
29 Lebererkrankungen, Diabetes		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *	_____
30 Frauen: sind Sie schwanger?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
31 Rauchen Sie?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *	_____
32 Konsumieren Sie Alkohol?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *	_____

* Falls ja, welche/wie viel? (Bitte unter Bemerkungen eintragen)

Möchten Sie unseren Newsletter abonnieren? Ja / Nein

Sie erhalten monatlich News über aktuelle Themen / Neuigkeiten aus Klinik und der Biologischen Medizin

Durch wen haben Sie von der Paracelsus Klinik Lustmühle erfahren?

Ärztliche Empfehlung Internet Social Media YouTube Familie

Andere, bitte angeben:

Datum:

Unterschrift: