

## Patientenfragebogen:

Liebe Patienten,  
je besser wir über Ihre Vor- und Nebenkrankheiten informiert sind, desto sicherer ist unsere  
Behandlung. Wir bitten um Beantwortung nachfolgender Fragen, die vertraulich behandelt werden  
und nicht zur Weitergabe bestimmt sind. Wir helfen Ihnen gern dabei.

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_ mobil \_\_\_\_\_ dienstl. \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_

**Krankenkasse | Krankenversicherung | Beihilfe** \_\_\_\_\_

*Nur für stationär Privatversicherte*

**Zusatzversicherung**  **Chefarztwahl**  **1-Bett-**  **2-Bett-Zimmer**

**Größe**  cm **Gewicht**  kg **Schwangerschaft**

► Bitte Zutreffendes mit **Ja** od. **Nein** beantworten!

**Blutgerinnungsstörung**  **Diabetes mellitus**

**Magendarmgeschwür**

**Infektiöse Erkrankung**  welche \_\_\_\_\_

**Allergien**  welche \_\_\_\_\_

**Medikamentenallergien**  welche \_\_\_\_\_

Regelmäßige **Medikamenteneinnahme** \_\_\_\_\_

Welche **Beschwerden** führen Sie zu uns? \_\_\_\_\_

Andere **Vorerkrankungen | Operationen** \_\_\_\_\_

**Krankengymnastik | Physiotherapie**  von wem \_\_\_\_\_

**Sie sind auf uns aufmerksam geworden durch** \_\_\_\_\_

Wir bedanken uns für Ihre Angaben.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_