

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 _____