



**Patientenfragebogen**

<b>Name:</b>		<b>geboren:</b>	
<b>Kontaktdaten bitte vollständigen, falls wir Sie erreichen müssen</b>			
<b>E-mail:</b>		<b>Beruf:</b>	
		<b>Rentner/in, Rentenantrag gestellt?</b>	
<b>Handynummer:</b>		<b>Telefonnummer:</b>	
Körpergröße (cm):	Körpergewicht (kg):	derzeit arbeitsunfähig? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wenn Ja, seit wann?
<b>Angaben zu Ihren jetzigen Beschwerden</b> .....		<b>Nackenschmerzen?</b> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
<b>Seit wann</b> haben Sie die Beschwerden? .....		<b>Armschmerzen?</b> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
<b>Mehr beschreiben?</b> .....		Wenn ja, in welchem Arm? <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> beide	
		<b>Rückenschmerzen?</b> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
		<b>Beinschmerzen?</b> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
		Wenn ja, in welchem Bein? <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> beide	
<b>Weiteren Erkrankungen:</b>		Gemütsleiden (z.B. Depression, Angstzustände, etc.)	
Herzkrankungen (z.B. Herzinfarkt, Herzrhythmusstörung, Gefäßerkrankungen (z.B. Durchblutungsstörung, hoher/niedriger Blutdruck, etc.)		Ja <input type="checkbox"/> <b>Nein</b> <input type="checkbox"/>	
Lungen- / Atemwegserkrankungen (z.B. Tuberkulose, Asthma, Bronchitis, Lungenentzündung, etc.)		Muskel/Rheumakrankheiten (Muskelatrophie, Muskeldystrophie, etc.)	Ja <input type="checkbox"/> <b>Nein</b> <input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen (z.B. Gelbsucht, Hepatitis, etc.)		Schilddrüsenerkrankungen (z.B. Kropf, Über- / Unterfunktion, etc.)	Ja <input type="checkbox"/> <b>Nein</b> <input type="checkbox"/>
Ja <input type="checkbox"/> <b>Nein</b> <input type="checkbox"/>		Harnwegserkrankungen (z.B. Nieren- /Blasenentzündungen, Nierensteine, etc.)	Ja <input type="checkbox"/> <b>Nein</b> <input type="checkbox"/>
		Sonstige?	
Einnahme von <b>Blutverdünnungs-Medikamenten:</b>		Weitere <b>Hausmedikamente?</b>	
z.B.: <b>ASS 100</b> (Acetylsalicylsäure) / <b>Marcumar</b> (Phenprocoumon) / <b>Plavix (Clopidogrel)</b> / <b>Xarelto</b> (Rivaroxaban) / <b>Pradaxa</b> (Dabigatran) / <b>Eliquis</b> (Apixaban) / <b>Lixiana</b> (Edoxaban)?		..... ..... ..... ..... ..... .....	
Ja <input type="checkbox"/> <b>Nein</b> <input type="checkbox"/>			
Ist bei Ihnen eine <b>Infektiöse Krankheit</b> bekannt? (z.B.: AIDS, HIV, Hepatitis, offene Tuberkulose o.ä.)		Wenn ja, welche: .....	
Ja <input type="checkbox"/> <b>Nein</b> <input type="checkbox"/>			
<b>Herzschrittmacher?</b>		<b>Defibrillator?</b>	
Ja <input type="checkbox"/> <b>Nein</b> <input type="checkbox"/>		Ja <input type="checkbox"/> <b>Nein</b> <input type="checkbox"/>	
Sind Ihnen <b>Allergien</b> bekannt? (z.B. gegen Medikamente, Pflaster, andere Allergene)		Wenn ja, worauf? .....	
Ja <input type="checkbox"/> <b>Nein</b> <input type="checkbox"/>			
Ist bei Ihnen die <b>Zucker-Erkrankung</b> (Diabetes Mellitus) bekannt?		Wenn ja, insulinpflichtig? Ja <input type="checkbox"/> <b>Nein</b> <input type="checkbox"/>	
Ja <input type="checkbox"/> <b>Nein</b> <input type="checkbox"/>			
Ist ein <b>künstliches Gelenk</b> vorhanden?		OP-Datum & OP-Klinik: .....	
<b>Nein</b> <input type="checkbox"/>	Hüfte rechts <input type="checkbox"/> Hüfte links <input type="checkbox"/>		
<b>Nein</b> <input type="checkbox"/>	Knie rechts <input type="checkbox"/> Knie links <input type="checkbox"/>	OP-Datum & OP-Klinik: .....	
<b>Wirbelsäulen-OP?</b>		OP-Datum & OP-Klinik: .....	
Ja <input type="checkbox"/> <b>Nein</b> <input type="checkbox"/>		.....	
Sonstige Metall-Implantate? <b>Nein</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		Wenn ja, welche(s):	
<b>Hausarzt:</b>			

Ich bin damit einverstanden, dass vorliegende Behandlungsdaten und Befunde bei meinen Haus- und Fachärzten, soweit diese für meine Behandlung erforderlich sind, durch die o.g. Praxisgemeinschaft angefordert werden dürfen. Die Ärzte der Praxisgemeinschaft Dr. Iskander, die an meiner Behandlung beteiligt sind oder waren, dürfen gegenseitig Unterlagen über meine aktuelle, zurückliegende oder in Zukunft beabsichtigte Behandlung anfordern und erhalten.

.....  
**Datum, Unterschrift**