



Patientenfragebogen

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

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