

## Hausarztpraxis

Dr. med. Dorothee Steuer  
Grünaer Str. 18, 01069 Dresden

Tel.: 0351 / 48287792

# Patientenfragebogen

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Um Sie gut behandeln zu können, benötige ich Ihre Mitarbeit. Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen zu Ihrer Anamnese.

Vielen Dank!

**Gab es bei Ihnen schwere Verletzungen (Knochenbrüche, Gelenkverletzungen)?**

**Wurden Sie schon einmal stationär im Krankenhaus behandelt? Welche Erkrankung lag vor?**

**Welche Operationen wurden bei Ihnen durchgeführt und in welchem Jahr?**

**Welche Erkrankungen wurden bei Ihnen im Vorfeld festgestellt (Diabetes mellitus, Bluthochdruck, Herzerkrankungen, Schlaganfall oder andere Gefäßerkrankungen, Rheumaerkrankungen, Erkrankungen der Lunge, des Magen-Darm-Trakts, der Leber, der Niere oder der Urogenitalorgane, Erkrankungen der Schilddrüse, Hormon- oder Stoffwechselerkrankungen, Demenz oder andere Nervenleiden, psychische Leiden, gynäkologische Erkrankungen, Rücken- oder Gelenkerkrankungen, Osteoporose, Bluterkrankungen, Krebsleiden, grüner Star oder andere schwere Augenkrankheiten, Erkrankungen der HNO, Tbc oder andere Infektionskrankheiten, schwere Erkrankungen in der Kindheit)?**

(ggf. Rückseite benutzen)

**Leiden Sie unter chronischen Schmerzen?**

**Haben Sie Kinder geboren? Wenn ja wieviele? Kaiserschnitt?**

**Gibt/ gab es in Ihrer Familie (Verwandtschaft) Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen oder Erbkrankheiten?**

**Sind Sie Vegetarier?**

**Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?**

**Rauchen Sie oder haben sie einmal geraucht? Wenn ja wieviel, bis wann?**

**Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja wieviel pro Tag?**

**Konsumieren Sie Drogen? Wenn ja welche und wie häufig?**

**Bei welchen Fachärzten sind Sie in Behandlung?**

**Wurden bei Ihnen in letzter Zeit Röntgenuntersuchungen oder MRT-Untersuchungen durchgeführt?**

**Wurden in letzter Zeit Krebsvorsorgeuntersuchungen bei Ihnen durchgeführt?**

**Haben Sie einen Impfpaß?**

**Was ist Ihr Beruf, welche aktuelle berufliche Tätigkeit haben Sie?**

**Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? (auch Selbstmedikation)**

**Sind Sie pflegebedürftig oder teilweise pflegebedürftig? Haben Sie eine Pflegestufe?**

**Haben Sie eine Vorsorgevollmacht?**

**Haben Sie eine Patientenverfügung?**

**Es wäre schön, wenn Sie uns eine Kontaktperson für Notfälle nennen würden, bitte mit Telefonnummer:**

**Datum**

**Unterschrift Patientin/ Patient**