

Patientenfragebogen Ordination Dr. Sylvia Edlmayr

Patientendaten:

Name:

Adresse:

Telefonnummer:

Sozialversicherungsnummer und Geburtsdatum:

Krankenkasse:

Größe und Gewicht:

1.) Medikamenteneinnahme: Bitte Ankreuzen!

Nehmen Sie Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Medikament	Dosierung (mg)	Morgens	Mittags	Abends

2.) Frühere Operationen:

Operation	Welches Krankenhaus	In welchem Jahr

3.) Waren Sie in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung? Bitte Ankreuzen!

Ja

Nein

Wenn ja, warum?

4.) Haben Sie eine Allergie oder Unverträglichkeit? Bitte Ankreuzen!

Ja

Nein

Wenn ja, worauf? Mit welcher Reaktion?

5.) Leiden Sie unter einer der folgenden Krankheiten? Bitte Ankreuzen!

Bluthochdruck	Ja	Nein
Erhöhte Blutfette	Ja	Nein
Diabetes/Zuckerkrankheit	Ja	Nein
Gicht	Ja	Nein
Infektionskrankheiten (z.b. HIV)	Ja	Nein
Chronische Bronchitis/Asthma	Ja	Nein
Nierenfunktionsstörung	Ja	Nein
Krebserkrankungen	Ja	Nein
Hepatitis/Leberzirrhose	Ja	Nein
Magengeschwür	Ja	Nein
Darmentzündung	Ja	Nein
Schilddrüsenerkrankung	Ja	Nein
Krampfadern	Ja	Nein
Thrombosen	Ja	Nein
Durchblutungsstörung (PAVK)	Ja	Nein
Gefäßverkalkungen	Ja	Nein
Wirbelsäulenbeschwerden	Ja	Nein
Gelenksbeschwerden	Ja	Nein
Arthritis/ Rheuma	Ja	Nein
Psychische Erkrankung	Ja	Nein
Depression	Ja	Nein
Herzklappenfehler	Ja	Nein
Herzrhythmusstörung	Ja	Nein
Gelenkersatz (Knie, Hüfte)	Ja	Nein
Schlaganfall in der Vergangenheit	Ja	Nein

Wenn ja, wann und welche Folgen?

Herzinfarkt in der Vergangenheit Ja Nein

Sonstige Erkrankungen: