

# Patientenfragebogen



Dr. med. Susanne Merguet

Ärztin für Neurologie  
und Psychiatrie

Datum: \_\_\_\_\_

Name, Vorname:

Geboren am:

Adresse:

## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

damit wir mehr Zeit für das persönliche Gespräch mit Ihnen gewinnen und bestimmte Informationen standardisieren können, bitten wir Sie, uns einige Fragen vorab zu beantworten. Selbstverständlich werden Ihre Angaben – wie auch im persönlichen Kontakt – vertraulich behandelt.

Welche **Beschwerden** führen Sie zu uns?

---

---

---

**Seit wann** bestehen die Beschwerden?

---

Waren Sie wegen dieser Beschwerden schon bei einem **anderen Arzt** oder anderen Ärzten?

Wenn ja, bei wem? *Bitte bringen Sie eventuell vorliegende Arztberichte mit zu Ihrem Termin!*

---

---

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen? Bitte ankreuzen:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus              | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck             |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung         | <input type="checkbox"/> Angina Pectoris           |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung                | <input type="checkbox"/> Sonstige Herzerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung               | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen    |
| <input type="checkbox"/> Erhöhte Blutfettwerte          | <input type="checkbox"/> Krampfadern               |
| <input type="checkbox"/> Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht) | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung           |

Haben Sie **sonstige Erkrankungen**? Wenn ja, welche?

---

---

---



Dr. med. Susanne Merguet

Ärztin für Neurologie  
und Psychiatrie

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente**?

- Nein  
 Ja, und zwar:

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_  
4. \_\_\_\_\_  
5. \_\_\_\_\_

Leiden Sie an **Medikamenten-unverträglichkeiten**?

- Nein  
 Ja, und zwar:

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_  
4. \_\_\_\_\_

Bestehen **Allergien**?

- Nein  
 Ja, und zwar:

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_  
4. \_\_\_\_\_

Bestehen **Besonderheiten** bezüglich

- Schlaf? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Appetit? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Durst? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Wasser lassen? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Verdauung? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Rauchen** Sie?  Nein  Ja

Konsumieren Sie **Drogen**?  Nein  Ja, und zwar: \_\_\_\_\_

Täglicher **Alkoholkonsum**?  Nein  Ja

Wie **groß** sind Sie? \_\_\_\_\_ cm

Wie **schwer** sind Sie? \_\_\_\_\_ kg



Dr. med. Susanne Merguet

**Ärztin für Neurologie  
und Psychiatrie**

Was sind Sie von **Beruf**?

---

Leben in Ihrem Haushalt minderjährige **Kinder**?

Nein  Ja

Wenn ja, nennen Sie bitte **Alter** und **Namen**:

---

---

---

Wünschen Sie, dass Ihr Hausarzt oder andere Sie behandelnde Ärzte von uns einen **Arztbericht** zugestellt bekommen?

Nein  Ja

Wenn ja, nennen Sie uns bitte die Ärzte, die einen Bericht erhalten sollen (**Name/Ort der Praxis**):

---

---

---

Essen, den \_\_\_\_\_

---

Unterschrift

Wir danken Ihnen für Ihre Mühe. Die Untersuchung und Behandlung wird hierdurch deutlich erleichtert!