

Patientenfragebogen



Dr. med. Susanne Merguet
**Ärztin für Neurologie
und Psychiatrie**

Datum: _____

Name, Vorname: _____

Geboren am: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____ E-Mail: _____

ggf. Pflegegrad: _____ ggf. Grad der Behinderung: _____

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 **Medikamentenunverträglichkeiten**?

Nein Ja, und zwar:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Bestehen **Besonderheiten** bezüglich ...

- Schlaf? _____
- Appetit? _____
- Durst? _____
- Wasser lassen? _____
- Verdauung? _____

Rauchen Sie?

Nein Ja

Täglicher **Alkoholkonsum**?

Nein Ja

Wie **groß** sind Sie? _____ cm

Wie **schwer** sind Sie? _____ kg

Konsumieren Sie **Drogen**?

Nein Ja, und zwar:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Was sind Sie von **Beruf**?



Dr. med. Susanne Merguet
**Ärztin für Neurologie
und Psychiatrie**

Besteht bei Ihnen derzeit eine **Arbeitsunfähigkeit**?

Nein Ja

Wenn ja, **seit wann**?

Durch welchen Arzt wurde die Arbeitsunfähigkeit festgestellt (**Name/Ort der Praxis**)?

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!