

FRAGEBOGEN FÜR PATIENT*INNEN

Liebe Patient*innen,

um Sie optimal behandeln zu können, benötigen wir vorab einige Informationen zu Ihnen und Ihrem Beschwerdebild. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Name	Vorname	Geburtsdatum
Beruf	Hausarzt	
1. Wo haben Sie die meisten Beschwerden / Schmerzen?		
<hr/>		
2. Werden die Schmerzen durch Bewegung besser?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
3. Haben Sie die Schmerzen		
- in Ruhe?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
- Nachts?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
- beim Husten, Niesen oder Pressen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
4. Haben Sie Probleme beim Wasserlassen oder beim Stuhlgang?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
5. Leiden Sie unter Fieber, erhöhter Temperatur oder nächtlichem Schwitzen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
6. Haben Sie in letzter Zeit plötzlich und ungewollt Gewicht verloren?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
7. Leiden Sie an Erschöpfung, Müdigkeit oder Schwäche?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
8. Leiden Sie an		
- Kopfschmerzen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
- Schwindel?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
- Übelkeit / Erbrechen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
- Schluckstörungen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
- Sprachstörungen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
- Ohnmachtsattacken?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
9. Sonstige Diagnosen:		
- Diabetes	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
- Bluthochdruck	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
- Herzerkrankung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
- Rheumatische Erkrankung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
- Krebsleiden (auch geheilt)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
- Osteoporose	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
10. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
<hr/>		
11. Hatten Sie Operationen? Wenn ja, welche?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
<hr/>		

Datum, Unterschrift (ggf. des gesetzl. Vertreters)