



## PATIENTENFRAGEBOGEN der Praxis Dr. Th Scheidt

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,  
zur Verbesserung unserer Behandlungsqualität bitten wir Sie, folgende Fragen im Vorfeld der Behandlung zu beantworten:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

### a) Aktuelle Erkrankung

1. Welche Beschwerden führen Sie zu uns? \_\_\_\_\_

2. Seit wann bestehen die Beschwerden? \_\_\_\_\_

3. Waren Sie wegen dieser Beschwerden schon einmal in Behandlung?

Nein Ja, bei \_\_\_\_\_  
(Name des Arztes)

4. Welche Behandlung wurde durchgeführt? \_\_\_\_\_  
(Medikamente/ Spritzen/ Behandlungen/ etc.)

5. Wurden Sie wegen dieser Beschwerden schon einmal geröntgt?

Nein Ja, am \_\_\_\_\_  
(Datum)

### b) Allgemeine Angaben

1. Wer ist Ihr Hausarzt? \_\_\_\_\_  
(Name des Arztes)

2. Welche der folgenden Vorerkrankung bestehen bei Ihnen? (Bitte ankreuzen):

- Herzrhythmusstörung       Durchblutungsstörungen       Diabetes mellitus  
 Bluthochdruck       Nierenerkrankungen       Krebserkrankungen  
 neurologische Erkrankungen       ansteckende Erkrankungen (z.B. Hepatitis, HIV o.ä.)

3. Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Insbesondere: Marcumareinnahme?  Nein       Ja, wegen \_\_\_\_\_

4. Haben Sie einen Herzschrittmacher?  Nein       Ja

5. Haben Sie einen Port-Katheter?  Nein       Ja

6. Tragen Sie eine Schmerzpumpe?  Nein       Ja

7. Wurden Sie schon einmal operiert?  Nein       Ja und zwar:

OP: \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP: \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP: \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

c) Zusätzliche Angaben

1. Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? *(bitte ankreuzen)*

- durch das Telefonbuch       durch Empfehlung       durch den Hausarzt  
 durch das Internet       sonstiges: \_\_\_\_\_

2. Um Sie individuell und optimal behandeln zu können, benötigen wir folgende Angabe: *(bitte ankreuzen)*

Möchten Sie nur diejenigen Leistungen in Anspruch nehmen, die medizinisch notwendig und ausreichend sind und bei denen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung für Sie keine weiteren Behandlungskosten entstehen (ausgenommen Medikamente, die nicht rezeptpflichtig sind)?

- Ja       Nein

oder

Möchten Sie zusätzlich auch über medizinisch sinnvolle Selbstzahlerleistungen aufgeklärt werden, die über das übliche Niveau der Kassenmedizin hinausgehen?

- Ja       Nein

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

Unterschrift: \_\_\_\_\_