

Patientenfragebogen

- bitte in Druckbuchstaben ausfüllen -

Vor-und Nachname

Adresse und Wohnort

Telefonnummer

Handynummer

E-Mailadresse

Geburtsdatum

Größe cm

Gewicht kg

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

Ja Nein

Wenn ja welche?

Sind bei Ihnen Medikamentenunverträglichkeiten bekannt?

Ja Nein

Wenn ja welche?

Nehmen Sie Medikamente ein?

Ja Nein

Wenn ja welche:

Haben Sie einen Medikamentenplan?

Ja Nein

Sind Vorerkrankungen bekannt? (z.B. Diabetes, Bluthochdruck)?

Ja Nein

Wenn ja welche?

Haben Sie eine Gebührenbefreiung?

Ja Nein

Wenn ja bis wann?

Liegt bei Ihnen ein Pflegegrad vor?

Ja Nein

Wenn ja welcher?