



Dr. med. **Johannes Orth**
Dr. med. **Andreas von Negelein**

Clemens Freund
M. Akif Devrim

Hauptstraße 15
Tel. 02247 918484 Fax 02247 918443

Hauptstraße 11
Tel. 02247 3568 Fax 02247 918443

Patienten-Fragebogen

(Bitte vollständig ausfüllen)

Ihre Persönlichen Daten

Vor- und Nachname:

Geburtsdatum:

| | | | |
|---------------|----|----------|----------------------------|
| Verheiratet | Ja | Nein | Kinder, wenn Ja wie viele: |
| Beruf: | | Telefon: | |
| Mobiltelefon: | | Email: | |

Angaben zu Ihrer Gesundheit

| | | | |
|-----------------------------|------|-----------------|--|
| Herz-Kreislauf-Erkrankungen | Nein | Wenn ja, welche | |
| Schlaganfall | Nein | Ja | |
| Blutgerinnungsstörungen | Nein | Ja | |
| Tumorerkrankungen | Nein | Wenn ja, welche | |
| Asthma, Lungenerkrankungen | Nein | Wenn ja, welche | |
| Diabetes mellitus | Nein | Ja | |
| Nierenfunktionsstörungen | Nein | Ja | |
| Schilddrüsenerkrankungen | Nein | Ja | |
| Hautkrankheiten | Nein | Wenn ja, welche | |
| Infektionserkrankungen | Nein | Wenn ja, welche | |
| Gelenkerkrankungen/Rheuma | Nein | Wenn ja, welche | |
| Epilepsie | Nein | Ja | |
| Andere | | | |

Allergien/Unverträglichkeiten

| | | |
|--------------------------|------|-----------------|
| Allergien, Heuschnupfen | Nein | Wenn ja, welche |
| Antibiotika, Medikamente | Nein | Wenn ja, welche |
| Impfnebenwirkungen | Nein | Wenn ja, welche |

Allgemeine Angaben

| | | |
|--|------|---------------------------|
| Raucher | Nein | Wenn ja, wie viel täglich |
| Alkoholkonsum | Nein | Wenn ja, was und wie viel |
| Operationen | Nein | Wenn ja, welche |
| Familiäre Tumorerkrankungen | Nein | Wenn ja, welche |
| Familiäre auftretende Krankheiten (z.B.: Schlaganfall, Herzinfarkt, Diabetes) | Nein | Wenn ja, welche |

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

(Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer im Notfall) die Einverständniserklärung eines Erziehungsberechtigten notwendig.)

Ort/Datum

Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten