

Fragebogen Neupatient

Name des Patienten mit Telefonnummer: _____

Hausarzt: _____

An welchen Vorerkrankungen leiden Sie (bitte denken Sie u.a. auch an Herz-Kreislaufkrankungen, incl. früherer Schlaganfälle, Herzschrittmacher, Herzrhythmusstörungen, Lungen-, Magen-/Darmerkrankungen, Schilddrüsen-, Leber-, Nierenfunktionsstörungen, grünen Star, zurückliegende gravierende Traumata, Operationen, bösartige Erkrankungen)?

Allergien (insbesondere Medikament, Kontrastmittel): _____

Sind Sie schwanger? Ja Nein

Gibt es Risikofaktoren wie:

- Diabetes mellitus Fettstoffwechselstörung Bluthochdruck Bewegungsmangel
 Nikotin Alkohol (über das normale Maß hinausgehend)

Welche Medikamente nehmen Sie ein in welcher Dosierung: (oder bringen Sie den aktuellen Medikamentenplan bitte mit)

Waren Sie in den letzten 2 Jahren im Krankenhaus? Wenn ja, wann und wo?

Wurden bei Ihnen in den letzten 2 Jahren MRT- Untersuchungen vom Kopf oder der Wirbelsäule gemacht? Wenn ja, was und wo?

Wenn vorhanden:

Bevollmächtigte oder Bevollmächtigter (Name mit Telefonnummer):

Bestellte rechtliche Betreuerin oder Betreuer (Name mit Telefonnummer):

Gibt es einen Pflegegrad?

Keiner 1 2 3 4 5

Gibt es einen Schwerbehindertenausweis?

Nein

Ja, GdB: _____ ggfs. Merkzeichen: _____

Sind Sie mit der Übermittlung von Arztbrief und Befunden an den Hausarzt einverstanden?

Ja Nein

Sind Sie mit der Übermittlung von Arztbrief und Befunden an den Überweiser einverstanden?

Ja Nein

Sind Sie mit der Übermittlung von Arztbrief und Befunden an Krankenhäuser einverstanden?

Ja Nein

Bitte denken Sie daran, sollten Sie in der Zukunft den Hausarzt wechseln, uns dieses für zukünftige Arztbriefe mitzuteilen.

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin/des Patienten