

DR. MED. CH. DÖRGE

FACHÄRZTIN FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE
FACHÄRZTIN FÜR NEUROLOGIE

TEL.: 069/52 00 46
FAX: 069/53 05 87 13

Patientenfragebogen

Name		Vorname	
Geburtsdatum		Krankenkasse	
Tel. priv.		Tel. gesch.	
Mobil		E-mail	
Hausarzt			

Nehmen Sie Medikamente ein?		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja (welche?)
1.	2.		
3.	4.		
5.	6.		

Sind Sie operiert worden?		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja (an welchen Organen und wann?)
Waren Sie im Krankenhaus oder in der REHA?			
1.	2.		
3.	4.		
5.	6.		

Haben Sie Medikamentenunverträglichkeiten oder Allergien?		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja (gegen welche Substanzen?)
1.	2.		
3.	4.		
5.	6.		

Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
-------------------------------------	-------------------------------	-----------------------------

Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
-------------------------------	-------------------------------	-----------------------------

DR. MED. CH. DÖRGE

FACHÄRZTIN FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE
FACHÄRZTIN FÜR NEUROLOGIE

Leiden Sie an einer Erkrankung der folgenden Organe?										
Leber	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein		Nieren	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Herz	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein		Magen/Darm	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Blut	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein		Lunge	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Bewegungsapparat	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein		Augen/Ohren	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein

Aktuelle Beschwerden:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden:		
<input type="checkbox"/> Telefonbuch	<input type="checkbox"/> Hausarzt	<input type="checkbox"/> Facharzt
<input type="checkbox"/> Gelbe Seiten	<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> Empfehlung von:

Ort, Datum

Unterschrift

Wenn möglich vorab per Fax an 069/53 05 87 13 senden!