Dr. med.
Mederacke
Praxis für
Allgemein- und Unfallchirurgie

Fragebogen für neue Patienten

Name:_____ Vorname:_____

Geburtsdatum:_____ Telefonnummer:_____

Anschrift:_____ Krankenversicherung:_____

_____ Name,Vorname,Adresse Ihres Hausarztes: _____

Beruf:_____

_____

E-Mail:_____

Größe:_____ Gewicht:_____

Sind folgende Erkrankungen bei Ihnen oder in Ihrer Familie bekannt? Bitte kennzeichnen Sie diese mit Ja oder Nein für Ihre Erkrankungen oder F, die nur ein Familienmitglied betreffen.

Rücken/Gelenkserkrankungen	J / N / F	Magen-Darm	J / N / F
Blutgerinnung/ Antikoagulantien	J / N / F	Hauterkrankungen	J / N / F
Herz-Kreislauferkrankungen	J / N / F	Lungenerkrankungen	J / N / F
Stoffwechsel (Diabetes,Gicht...)	J / N / F	Krebserkrankungen	J / N / F

Sonstiges:_____

Frühere Operationen:_____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? J / N
Wenn ja, welche? _____

Leiden Sie an Allergien? Wenn ja, welche? _____

Besitzen Sie einen Impfausweis? J / N
Tetanusimpfung Jahr? _____
Besitzen Sie einen Röntgenpass? J / N
Rauchen Sie? J / N

□ Ich habe die Patienteninformation zum Datenschutz (liegt im Wartezimmer aus) gelesen!

Dresden, _____ Unterschift Patient: _____