

PATIENTENFRAGEBOGEN

Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

Waren Sie schon einmal hier? Bitte teilen Sie uns das am Empfang mit.

Daten des Patienten	Heutiges Datum:
NAME:	
Geburtsdatum: Vers.nr: Versichert bei (Krankenkasse):	
Telefon (tagsüber):	
e-mail: FAX:	
Wohnadresse: Postleitzahl: Ort:	
erlernter Beruf: derzeit ausgeübte Tätigkeit:	
Dienstort des Versicherten:	

Wenn Patient mitversichert - Daten des Versicherten: NAME: Geburtsdatum: Vers.nr: Versichert bei (Krankenkasse): Dienstort des Versicherten:
--

- Haben Sie schon einen **Allergietest** gemacht?
 - Nein
 - Ja, **wo:**, **wann:**

Folgende **Allergien** wurden gefunden:

.....

- Seit wann haben Sie die Beschwerden? Seit Tagen Monaten Jahren
- Wegen welcher Beschwerden kommen Sie zu uns?

<input type="radio"/> Augen:	<input type="checkbox"/> Juckreiz	<input type="checkbox"/> Tränen	<input type="checkbox"/> Trockenheit	<input type="checkbox"/> Lidschwellung
<input type="radio"/> Nase:	<input type="checkbox"/> Juckreiz	<input type="checkbox"/> Niesen	<input type="checkbox"/> verstopfte Nase	<input type="checkbox"/> Nasenfluss
<input type="radio"/> Bronchien:	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Atemnot	<input type="checkbox"/> nächtlicher Husten	
<input type="radio"/> Haut:	<input type="checkbox"/> Juckreiz	<input type="checkbox"/> Ausschlag	<input type="checkbox"/> Schwellungen	

 - Andere: welche:
- Spüren Sie die Beschwerden zu einer bestimmten Tageszeit **besonders stark?**
 - morgens
 - mittags
 - abends
 - nachts
 - ganztags
- In welcher **Jahreszeit** sind die Beschwerden am stärksten:
 - Sommer
 - Winter
 - ganzjährig
 - in welchen Monaten (von / bis):

