

## Text

### PATIENTENFRAGEBOGEN

Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

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

<b>Daten des Patienten</b>	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 - <b>Daten des Versicherten:</b>
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="checkbox"/> <b>Augen:</b>	<input type="checkbox"/> Juckreiz	<input type="checkbox"/> Tränen	<input type="checkbox"/> Trockenheit	<input type="checkbox"/> Lidschwellung
<input type="checkbox"/> <b>Nase:</b>	<input type="checkbox"/> Juckreiz	<input type="checkbox"/> Niesen	<input type="checkbox"/> verstopfte Nase	<input type="checkbox"/> Nasenfluss
<input type="checkbox"/> <b>Bronchien:</b>	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Atemnot	<input type="checkbox"/> nächtlicher Husten	
<input type="checkbox"/> <b>Haut:</b>	<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): .....

