



## Patientenfragebogen

Name: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
wir möchten Sie gerne individuell und kompetent betreuen. Aus diesem Grund benötigen wir möglichst detaillierte Angaben zu  
ihrer Krankenvorgeschichte. **Bitte** bringen Sie diesen Fragebogen **unbedingt ausgefüllt mit zur ärztlichen Untersuchung!**

► **Ich hatte bisher folgende Krankheiten / Unfälle / Operationen / stationäre Aufenthalte / Kur- und Heilverfahren:**

Jahr	Krankheit / Verletzung / Operation / Reha	Operation	Stationärer Aufenthalt	Kur- und Heilverfahren
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

► **Außerdem leide ich an folgenden Krankheiten:**

Herzschwäche / Herzschmerzen       Zuckerkrankheit       sonstiges   
Asthma       erhöhte Blutfettwerte (Cholesterin)       \_\_\_\_\_  
Bluthochdruck       Krampfanfälle

► **Fragen zur Ernährung und zu vegetativen Funktionen:**

Essen:      Normalkost / oder andere Kostform \_\_\_\_\_

**Bei außergewöhnlichen Diätformen rufen Sie uns bitte rechtzeitig vor dem Anreisetag an. Ernährungsberatung: 05403 402426.**

Appetit:      normal / sehr gut / schlecht / Unverträglichkeiten \_\_\_\_\_

Gewicht:      Ich wiege ca. \_\_\_\_\_ kg. In den letzten 6 Mon. habe ich ca. \_\_\_\_\_ kg zugenommen / abgenommen.

Größe:      \_\_\_\_\_ cm

Alkohol:      nie / gelegentlich / oft / täglich, und zwar ca. \_\_\_\_\_ Flaschen / Gläser / Bier / Wein / Schnaps  
oder \_\_\_\_\_

Nikotin:      nie / gelegentlich / täglich, und zwar ca. \_\_\_\_\_ Zigaretten / Zigarren / Pfeifen

Schlaf:      gut / wechselnd / schlecht / etwa \_\_\_\_\_ Std. / Nacht wegen Schmerzen / Ängsten / Grübeln

Stuhlgang:      normal / Durchfälle / Verstopfungen / wechselnd / selten / immer

Wasserlassen:      normal / oft / vermindert / nachträpfeln / verzögert / brennen / verliere Wasser  
beim \_\_\_\_\_ . Ich muss nachts \_\_\_\_\_ mal Wasser lassen.

Luftnot:      nach \_\_\_\_\_ Stockwerken / nach \_\_\_\_\_ Stufen / nach \_\_\_\_\_

Schwitzen:      vermehrt bei folgenden Anlässen: ohne Grund / Aufregung / Angst / Anstrengung

Knöchelschwellungen:      nie / selten / nach Belastung / abends / sonstige Gründe \_\_\_\_\_

Für Männer:      letzte Vorsorgeuntersuchung: \_\_\_\_\_

Für Frauen:      Periode regelmäßig / unregelmäßig / nicht mehr / zuletzt: \_\_\_\_\_

letzte Vorsorgeuntersuchung beim Frauenarzt: \_\_\_\_\_      Schwangerschaften: \_\_\_\_\_

Ich habe Allergien gegen: \_\_\_\_\_

► **Bisherige Therapien in letzter Zeit:**

z. B. Krankengymnastik, Spritzen, Massagen, Kälte, Wärme etc.

---

---

► **Wenn Sie Hilfsmittel benötigen, bringen Sie diese bitte mit!** \_\_\_\_\_

► **Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein und in welcher Dosierung?** \_\_\_\_\_

---

► **Angaben zu Ihren Lebensumständen:** (Zutreffendes bitte unterstreichen)

Ich bin ledig / verheiratet / verwitwet / geschieden / getrennt lebend / habe \_\_\_\_\_ Kinder.

Im Haushalt leben noch: \_\_\_\_\_

Sie ist / sind \_\_\_\_\_ Jahre alt, versorgt werden noch von mir \_\_\_\_\_

Mein Ehepartner ist: Rentner / berufstätig / arbeitslos / Hausfrau/-mann.

Wenn ich nach Hause komme, ist meine weitere Betreuung / Versorgung gesichert / nicht gesichert.

Pflegegrad: \_\_\_\_\_

► **Arbeit und Beruf**

Mein Schulabschluss ist: Hauptschule / Mittlere Reife / Abitur / Studium,

Mein erlernter Beruf: \_\_\_\_\_ in diesem Beruf ganztags / halbtags / \_\_\_\_\_ Std./Woche

als Arbeiter(in) / Angestellte(r) / Beamte(r) / Selbstständige(r) / freischaffend

Es ist eine körperlich leichte / mittelschwere / schwere / sitzende / stehende / gehende Tätigkeit,

Bitte stichwortartig beschreiben, z. B. Aufzugsmonteur, aufsichtsführender Werkmeister usw.:

---

Ich bin derzeit **arbeitslos**, seit \_\_\_\_\_

Ich bin derzeit **arbeitsunfähig**, seit \_\_\_\_\_

Ich war zuletzt arbeitsfähig von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Ich kann meine Arbeit weiter fortsetzen: ja  glaube nicht  wegen: \_\_\_\_\_

Ich möchte meine Arbeit gerne weiter fortsetzen: ja  nein  wegen: \_\_\_\_\_

Ich möchte eine Umschulung aus gesundheitlichen Gründen machen: ja  nein

► **Renten**

Ich beziehe Erwerbsunfähigkeitsrente / Berufsunfähigkeitsrente / Altersruhegeld seit: \_\_\_\_\_

Ich habe einen Antrag auf Erwerbs- / Berufsunfähigkeitsrente / Altersruhegeld gestellt am: \_\_\_\_\_

Der Rentenanspruch wurde abgelehnt am \_\_\_\_\_ . Widerspruch wurde eingelegt am: \_\_\_\_\_

Ich beziehe eine Zeitrente von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ .

Ich habe eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (**MdE**) von \_\_\_\_\_ %.

Beim Versorgungsamt habe ich einen Grad der Behinderung **GdB** von \_\_\_\_\_ %.

Das Heilverfahren wurde beantragt durch: mich  Krankenkasse  Rentenversicherungsträger (BfA oder LVA)

Berufsgenossenschaft  sonstige Kostenträger  \_\_\_\_\_

► **Ich erwarte von diesem Heilverfahren insbesondere:**

---

---