



Kontaktbogen

Name, Vorname			
Geburtsdatum		Größe:	
		Gewicht:	
Telefonnummer			
Hausarzt			
→ Überweisungsschein bitte vorlegen! ←			
Bei Erwerbstätigen: Welchen Beruf üben Sie aus?			
Sind Sie arbeitsunfähig?	<input type="checkbox"/> Ja, wenn ja seit wann?	<input type="checkbox"/> Nein	
Was sind Ihre Beschwerden? Wie lang bestehen diese schon?			
Welche Untersuchungen sind bereits gelaufen? Fügen Sie bitte die Befunde hinzu.			
Welche Medikamente nehmen Sie und wie oft? Falls vorhanden Medikationsplan bitte hinzufügen.			
Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt? Bitte Vorbefunde mitbringen.			
Welche Operationen hatten Sie? Bitte Vorbefunde mitbringen.			
Besitzen Sie eine Patientenverfügung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Besitzen Sie eine Patientenvollmacht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Liegt ein Schwerbehindertenausweis vor?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Liegt ein Pflegegrad vor?	<input type="checkbox"/> Ja, welcher Grad		<input type="checkbox"/> Nein
Wie ist der Appetit?	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> schlecht	
Wie ist der Schlaf	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> Einschlafstörung	<input type="checkbox"/> Durchschlafstörung
Haben Sie Allergien?	<input type="checkbox"/> Ja, welche		<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Probleme mit dem Wasser lassen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Haben Sie Probleme mit dem Stuhlgang?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	

Danke für Ihre Mühe! Für die Behandlung benötigen wir grundlegende Daten zu Ihrer Person, um ein umfassendes Bild zu ermöglichen. Sie sind nicht gezwungen den Fragebogen auszufüllen.