



# Patientenfragebogen

Damit wir uns ein umfassendes Bild Ihrer seelischen und körperlichen Beschwerden sowie Ihrer Lebensverhältnisse machen können, benötigen wir bestimmte Informationen von Ihnen. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen den Bestimmungen des Datenschutzes.

## Person

Name, Vorname:	
Straße, Wohnort:	
Telefonnummer:	
E-Mail:	

## Berufliche Tatigkeit

Berufstätig	ja	nein	
falls ja, Tätigkeit:			
Arbeitssuchend:	ja	nein	
Rentner/Rentnerin:	ja	nein	
Hausfrau/Hausmann:	ja	nein	

## **Medizinische Versorgung**

Hausarzt:	
Weitere Ärzte:	

## Medikamenteneinnahme

Medikament	Dosierung



**Vorerkrankungen**

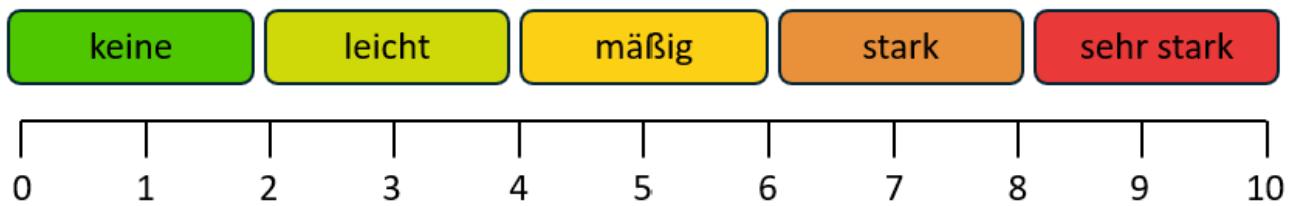

**Operationen**


**Aktuelle Beschwerden**


**Seit wann bestehen Ihre Beschwerden?**

--

**Tragen Sie die Stärke Ihrer Beschwerden auf der Skala ein:**



Beeinträchtigen Sie Ihre Beschwerden bei der Arbeit?	ja	nein
Sind Sie derzeit deswegen arbeitsunfähig geschrieben?	ja	nein
Waren Sie wegen Ihrer Beschwerden bei anderen Ärzten?	ja	nein
Falls ja, bei welchem Arzt?		

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_