



Patientenfragebogen

Name

Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Krankenversicherung

Was ist Ihr akutes Anliegen?

.....

Sind Sie in den letzten 6 Monaten aufgrund der aktuellen Beschwerden behandelt worden?

Nein

Ja

.....

.....

Haben Sie chronische Erkrankungen?

Nein

Ja

.....

.....

Nehmen Sie Medikamente ein?

Nein

Ja

.....

Haben Sie eine Blutgerinnungsstörung oder haben Sie in den letzten vier Wochen blutverdünnende Medikamente eingenommen (auch Aspirin, ASS, etc.)

Ja

Nein

Datum, Unterschrift