

## 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: .....	

<p>Wenn Patient mitversichert - <b>Daten des Versicherten:</b></p> <p>NAME: .....</p> <p>Geburtsdatum: ..... Vers.nr: ..... Versichert bei (Krankenkasse): .....</p> <p>Dienstort des Versicherten: .....</p>
---

- 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): .....

