

Dr. med. Ch. Dörge

Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie

Fachärztin für Neurologie

Tel.: 069/52 00 46

Fax: 069/53 05 87 13

Patientenfragebogen

Name:	Vorname:
Adresse:	
Geburtsdatum:	Krankenkasse:
Tel. priv.	Tel. gesch.
Mobil:	E-Mail:
Hausarzt:	

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche?	

Waren Sie im Krankenhaus und/ oder sind operiert worden? Wenn ja weshalb/ wo?	

Waren Sie in Reha? Wenn ja, wegen welcher Erkrankung und wo?	

Leiden Sie unter Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten?	

Dr. med. Ch. Dörge

Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie

Fachärztin für Neurologie

Tel.: 069/52 00 46

Fax: 069/53 05 87 13

Tragen Sie einen Herzschrittmacher: Ja Nein

Besteht eine Schwangerschaft und/ oder stillen Sie noch? Ja Nein

Leiden Sie an folgenden Organen an Erkrankungen?

Herz	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nieren	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Leber	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Magen/ Darm	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Arthrose	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Lunge	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wirbelsäule	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Augen/ Ohren	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Diabetes	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Welche aktuellen Beschwerden führen Sie zu uns in Behandlung?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Telefonbuch

Hausarzt

Facharzt

Internet

Gelbe Seiten

Empfehlung von:

Berichtspflicht

Darf an den Hausarzt bzw. den überweisenden Arzt nach dessen Aufforderung ein Bericht über Ihre Erkrankung erstellt und an diesen versandt werden?

Ja

kann jederzeit schriftlich widerrufen werden

Nein

Ort, Datum

wenn möglich vorab per Fax an 069/53 05 87 13 senden!

Unterschrift