

PatientInnenfragebogen

Datum: _____

Angaben zum Patienten/zur Patientin

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße, PLZ, Wohnort: _____

Tel. Nr. _____ tagsüber (Eltern): _____

Schule, Klasse: _____

Ggfs. Ausbildung: _____ Arbeitgeber: _____

Krankenkasse: _____ Zweigstellenangabe: _____

Straße, PLZ, Ort: _____

Ggfs. mitversichert bei:

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Versicherungsnummer: _____

Empfohlen bzw. überwiesen von (evtl. Name, Adresse, Fachrichtung):

Hausarzt/ Kinderarzt:

Name: _____

Straße, PLZ, Adresse: _____

Tel.Nr.: _____

Krankschreibungen in den letzten 2 Jahren wegen psychosomatischer oder psychischer Beschwerden:

von: _____ bis: _____ wegen _____

von: _____ bis: _____ wegen _____

Krankschreibungen wegen körperlicher Beschwerden in den letzten 12 Monaten:

ca. _____ Tage _____ Wochen oder _____
Monate

Krankenhausaufenthalte in den letzten 5 Jahren:

wegen? wo? wie lange?

Frühere Therapien/ Förderungen?

(Psychotherapie? Ergotherapie? Logopädie etc.? ambulant bzw. stationär?):

Sonstige Erkrankungen?

(z.B. Gelbsucht, Lungenentzündung, andere Infektionskrankheiten, Diabetes, Rheuma, Blasen-, Blut-, Darm-, Herz-, Knochen-, Kreislauf-, Leber-, Magen-, Muskel-, Nerven-, Nierenerkrankungen).

3. Jetziger Gesundheitszustand:

Viele der nachfolgenden Aspekte können unerkannt auf den momentanen Gesundheitszustand Einfluss nehmen oder Folge einer Krankheit sein.

Bitte Zutreffendes ankreuzen oder ausfüllen:

Blutdruckwerte sind meist _____ zu _____

Körpergröße _____ cm, **Körpergewicht:** _____ kg

Appetit (normal, vergrößert, vermindert?): _____

Atmung (gut, in Ruhe erschwert?): _____

Stuhlgang (normal, verstopft, zu flüssig/zu oft?): _____

Wasserlassen (normal, zu selten/zu wenig, zu oft/zu viel?): _____

Schlaf (normal, Einschlafstörung, nächtliches Aufwachen?): _____

Kopfschmerzen (links-, rechts-, beidseitig, hinten, vorne, Anfallsweise, Dauerschmerz?):

Schweißbildung (normal, vermehrt, vermindert?): _____

Hautausschläge (wenn ja, welche?): _____

Häufige Erkältungen (wie oft pro Jahr?): _____

Allergien (wenn ja, welche?): _____

Sexualfunktion (normal, leicht vermindert, stark vermindert?): _____

Menstruation (unregelmäßig, sehr schmerzhaft, bleiben aus?): _____

Erste Anzeichen der Pubertät im Alter von _____ Jahren.

Erste Regelblutung im Alter von _____ Jahren.

Medikamenteneinnahme (Medikament, Frequenz, Dosierung?):

BESTEN DANK FÜR IHRE/ DEINE MÜHE!

.....
Unterschrift (des/der Erziehungsberechtigten bzw. der Patientin/ des Patienten):