



Orthoprax Rheinhausen – Dres. Drozd & Lieb

Friedrich-Alfred-Str. 60a, 47226 Duisburg – www.orthoprax-rheinhausen.de

Patienten-Fragebogen

Name, Vorname: _____ geb. am: _____
PLZ, Wohnort: _____ Telefon: _____
Straße, Hausnr.: _____ Handy: _____
Ausgeübte Tätigkeit: _____ Arbeitgeber: _____
Krankenkasse _____ Hausarzt: _____
Sind Sie von der Rezeptgebühr befreit? nein ja, bis: _____
E-Mail: _____

Wir bieten für Dr. Drozd und Dr. Lieb eine online-Terminvereinbarung über <https://www.doctolib.de/> an.

Erziehungsberechtigte(r) bei minderjährigen Patienten:

Name, Vorname: _____ geb. am: _____
Anschrift falls abweichend: _____

Ich bin damit einverstanden, dass die Ärzte in der Praxisgemeinschaft Dres. Drozd & Lieb im Interesse meiner Gesundheit zusammenarbeiten und meine Daten für diagnostische und therapeutische Zwecke austauschen dürfen. Im Falle von Laboruntersuchungen gestatte ich eine Datenweitergabe an das kooperierende Labor. Des Weiteren erlaube ich, dass Auskünfte an Versorgungsämter, Sozialgerichte, an die Deutsche Rentenversicherung und ggf. an meinen Hausarzt in meinem Interesse weitergeleitet werden dürfen. Die ausliegenden Hinweise zum Datenschutz und Datenweitergabe an andere Ärzte habe ich wahrgenommen. Des Weiteren bin ich einverstanden über alle angegebenen Kontaktdaten, kontaktiert zu werden, Ich nehme auch Doctolib als verwendetes Terminprogramm, dass nur meine Kontaktdaten verwendet, an.

Zudem ist mir bewusst, dass aufgrund gesetzlicher Vorschriften eine digitale Speicherung bzw. Übermittlung der Daten für Krankenschreibung, Rezept sowie Arztbriefe ab dem 01.10.2021 vorgeschrieben ist. Mit der Datenspeicherung bin ich einverstanden. Außerdem bin ich damit einverstanden ein **Ausfallhonorar** in Höhe von **30,00€** zu bezahlen, wenn ich meinen Termin nicht 24 Std. vorher absage.

Datum: _____ **Unterschrift: X** _____

Warum kommen Sie zu uns? _____

Seit wann haben Sie diese Beschwerden? _____

Wann haben Sie die meisten Beschwerden? _____
Belastung / Ruhe / Bewegung / Stehen / Sitzen / Liegen / nachts / ...

Wurden **Röntgenbilder** angefertigt (wann, wo, was)? _____

Welche **Behandlungen** wurden durchgeführt? _____

Was wurde bei Ihnen **operiert**? _____

Liegt ein **Unfallgeschehen** vor? _____

Sind sie **arbeitsunfähig**? nein ja seit: _____

Altersrente EU-Rente Rentenantrag läuft GdB: _____ %

Ich bin an **IGEL** (Individuelle Gesundheitsleistungen) Interessiert ja nein



Haben bzw. hatten Sie schon eine der folgenden Erkrankungen?

ja nein

Kommentar

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Besteht bei Ihnen eine Zuckerkrankheit (Diabetes)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben oder hatten Sie Magen- /Darmgeschwüre? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Besteht bei Ihnen eine Bronchial- oder Lungen-Erkrankung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Besteht bei Ihnen Heuschnupfen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leiden Sie unter Allergien oder Unverträglichkeiten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Besteht bei Ihnen eine Medikamentenunverträglichkeit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Besteht bei Ihnen ein hoher Blutdruck? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Besteht bei Ihnen niedriger Blutdruck? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hatten Sie einen Schlaganfall? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Lähmungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben oder hatten Sie einen Herzinfarkt oder andere Herzleiden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie einen Herzschrittmacher? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Besteht bei Ihnen eine Gicht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Besteht bei Ihnen Rheuma? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hatten Sie Blut im Stuhl? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hatten Sie eine Gelbsucht oder Lebererkrankungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben oder hatten Sie Nieren- oder Blaserkrankungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hauterkrankungen / Ekzeme / Ausschläge | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bestehen bei Ihnen neurologische oder psychische Erkrankungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leiden Sie unter Krampfanfällen (Epilepsie)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Besteht bei Ihnen eine Schlafapnoe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Grünen Star oder ein Glaukom? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hatten Sie Knochenbrüche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Krampfadern? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hatten Sie eine Thrombose? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bestehen bei Ihnen Schilddrüsenerkrankungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hatten Sie Gelenkrheumatismus mit Fieber? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hatten Sie Knocheneiterungen (Osteomyelitis)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leiden Sie unter Blutarmut / Bluterkrankungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bestehen bei Ihnen Gerinnungsstörungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben oder hatten Sie eine Tumor- oder Krebserkrankung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leiden oder litten Sie unter Infektionskrankheiten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie AIDS? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trinken Sie regelmäßig Alkohol? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wurde bei Ihnen schon einmal eine Knochendichtemessung durchgeführt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, waren die Messwerte normal? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Größe: _____ cm Gewicht _____ kg
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein (z.B. Pille, Magen-, Bluthochdruck-, Schmerz-, Schlaf-, Abführ-, Beruhigungsmittel)?

Wenn ja, welche? _____

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit zusätzlich ein: _____

Möchten Sie uns noch etwas mitteilen? _____