

Patientenfragebogen Dermatologie

Allgemeine Daten:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

Anschrift:

Name / Anschrift des Hausarztes:

Persönliche Daten:

(ausgeübter) Beruf:

Körpergewicht (kg):

Änderungen? _____

Körpergröße (cm):

Rauchen Sie? Nein, seit _____ nicht mehr Ja, _____ Zigaretten/Tag, seit _____ Jahren

Nehmen sie regelmäßig Alkohol zu sich?

Wenn ja, wie viel?

Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt und/oder haben Sie Allergien und/oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

Welche Medikamente nehmen Sie ein (welche Dosierung)?

Warum stellen Sie sich heute in unserer Praxis vor?

Waren Sie deshalb bereits in Behandlung und welche Medikamente wurden Ihnen verordnet?

Fragen an unsere Patientinnen

(für die richtige Beurteilung einer Reihe von Hormonuntersuchungen sind diese Informationen notwendig)

Alter bei der 1. Monatsblutung? Jahre

Besteht der Zyklus noch? Ja Nein, seit Jahren nicht mehr.

War/ist Ihr Zyklus immer regelmäßig, mit normaler Blutungsstärke- und dauer?

Ja Nein, Auffälligkeiten:

An welchem Zyklustag sind Sie heute (ab dem ersten Tag der letzten Blutung): _____ Tag

Nehmen Sie Hormone (Hormone in den Wechseljahren oder Hormone zur Verhütung) ein?

Nein Ja

WIR DANKEN IHNEN FÜR IHRE MITARBEIT!

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen nur unserer Information.

Sollten Sie bei einzelnen Fragen Probleme mit der Beantwortung gehabt haben, besprechen Sie diese mit uns!