

Fragebogen Patienten -Praxis Dr. med. Theo Plajer & Dr.med.Heike Henrich

Bitte füllen Sie das Formular an Ihrem PC aus und drucken es anschließend aus.

Name:

Heutiges Datum:

Geb.-Datum:

Tel.-Nr.:

Gewicht:

kg

Um welches Körperteil geht es bei der heutigen Untersuchung ?

Schildern Sie bitte kurz Ihre Beschwerden:

Seit wann haben Sie Beschwerden an dem Körperteil das heute untersucht wird ?

Sind die Beschwerden auf einen Unfall oder eine Verletzung zurückzuführen ? *Ja* *Nein*

Wenn Sie Schmerzen haben:

Wo ?

Rechts

Links

Haben Sie sicht- oder tastbare **SCHWELLUNGEN, VERHÄRTUNGEN,**
oder **KNOTEN**?

Ja

Nein

Wenn ja, wo ?

Haben Sie weitere Erkrankungen ?

Ja

Nein

Wenn ja, welche ?

Wurden bei Ihnen **Operationen** durchgeführt ?

Ja

Nein

Wenn ja, wann ungefähr und welche ?

Welche Untersuchungen sind bisher zur Klärung Ihres Problems durchgeführt worden
(bitte mit ungefähre Zeitangabe) ?

Röntgen

Computertomographie (CT)

Magnetresonanztherapie (MRT)

Sonographie (Ultraschall)

Endoskopie

Laboruntersuchung von Blut

Wo wurden die Untersuchungen durchgeführt ?

Datum:

Unterschrift

