

Fragebogen für Patienten von Dr. Leichsenring



Name: _____

Vorname: _____

Telefon: _____
(tagsüber erreichbar)

Geburtsdatum: _____

E-Mail: _____

Beruf / zur Zeit
ausgeübte Tätigkeit: _____

Bitte beschreiben Sie kurz Ihr gesundheitliches Problem (z. B. „Schmerzen rechts Knie seit 2 Wochen“)

Wurde bereits eine Behandlung durchgeführt? Wenn ja, welche?

Handelt es sich um einen Arbeitsunfall, Schulunfall oder Wegeunfall
(auf dem Weg von / zur Arbeit)?

Ja

Nein

Haben oder hatten Sie andere Erkrankungen, Unfälle, Operationen?
(Bitte auch nicht-orthopädische angeben!)

Nehmen Sie Medikamente ein?
Wenn ja, welche?

Ja

Nein

Größe: _____

Gewicht: _____

Bitte wenden!



Wurden in den letzten 5 Jahren Röntgen-, CT-, MRT-Aufnahmen des
Bewegungsapparates angefertigt?
Wenn ja, wann? Was wurde geröntgt? Bei welchem Arzt?

Ja Nein

*(Sollten Sie ein Röntgennachweisheft haben,
bitte vorlegen)*

Haben Sie Allergien / Medikamentenunverträglichkeiten?
Wenn ja, welche?

Ja Nein

Weibliche Patienten im gebärfähigen Alter:

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?

Ja Nein

Stillen Sie?

Ja Nein

Datum

Unterschrift

Ich bin mit der Information meines nebenstehend
genannten Arztes/Hausarztes/überweisenden
Arztes/Ärzte durch Arztberichte zum Zweck der
Dokumentation/Information/Weiterbehandlung
einverstanden und entbinde Herrn Dr. Leichsenring
für diesen Zweck von der ärztlichen
Schweigepflicht. *(Diese Erklärung kann ich jederzeit
schriftlich ändern bzw. widerrufen.)*

Name und Adresse des Arztes/der Ärzte:

Ja Nein, ich wünsche keine Arztberichte

Ich bin mit der Anforderung von Berichten zum Zweck der Dokumentation/Information/
Weiterbehandlung bei anderen Ärzten durch die Praxis Dr. Leichsenring einverstanden und
entbinde diese Ärzte für diesen Zweck von der ärztlichen Schweigepflicht. *(Diese Erklärung kann ich
jederzeit schriftlich ändern bzw. widerrufen.)*

Ja Nein

Die ausliegende Patienteninformation zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

Datum

Unterschrift