



## Patientenfragebogen

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Krankenkasse : \_\_\_\_\_

bei Privatpatienten: Beihilfe:  Ja  Nein

Stationär: Wahlleistung/Chefarztbehandlung  Ja  Nein

1-Bett  2-Bett

### Erziehungsberechtigter (bei unter 18 Jährigen) bzw. gesetzlicher Betreuer:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

### Sind Sie von folgenden Erkrankungen betroffen:

- Allergien (z.B. Medikamente, Pflaster, Latex, Kontrastmittel, Asthma, Neurodermitis)

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

- Diabetes mellitus Typ \_\_\_\_\_ verwenden Sie:  Insulin  Metformin

- Hepatitis  ja  nein

- HIV/Aids  ja  nein

oder sonstige ansteckende Erkrankungen: \_\_\_\_\_

- Regelmäßig „Blutverdünnung“ z.B. ASS/Marcumar/Heparin?: \_\_\_\_\_

- Bisherige Operationen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**BITTE WENDEN!**

|   |                     |                         |               |
|---|---------------------|-------------------------|---------------|
| Pfad: "I:\QM-System\QM-Handbuch_Kompetenzzentrum-Wirbelsäulen\10_Formulare\10.4_Fragebögen\Vorlage_Patientenfragebogen.doc" |                     |                         |               |
| Ersteller: her  | Geprüft durch: BB   | Freigegeben durch: BB   | Version: 04   |
| Erstellungsdatum: 09.05.18  | Prüfdatum: 09.05.18 | Freigabedatum: 09.05.18 | Seite 1 von 2 |



**Welche Medikamente nehmen sie regelmäßig ein:**

---

---

---

**Hausarzt (+ Adresse):**

---

**Zuweisender Arzt (+ Adresse)**

---

**Wer soll noch einen Arztbrief erhalten?**

---

**Ort, Datum** \_\_\_\_\_

**Unterschrift des Patienten  
bzw. des gesetzlichen Betreuers** \_\_\_\_\_

**Kompetenzzentrum Wirbelsäulen- & Hypophysenchirurgie Nürnberg**  
Äußere Sulzbacher Str. 124 · Campus Nürnberg Ost · 90491 Nürnberg  
Tel. +49 (0) 9 11. 999 878 0 · Fax +49 (0) 9 11. 999 878 25  
info@kwhc-nuernberg.de · www.kwhc-nuernberg.de

|   |                     |                         |               |
|---|---------------------|-------------------------|---------------|
| Pfad: "I:\QM-System\QM-Handbuch_Kompetenzzentrum-Wirbelsäulen\10_Formulare\10.4_Fragebögen\Vorlage_Patientenfragebogen.doc" |                     |                         |               |
| Ersteller: her  | Geprüft durch: BB   | Freigegeben durch: BB   | Version: 04   |
| Erstellungsdatum: 09.05.18  | Prüfdatum: 09.05.18 | Freigabedatum: 09.05.18 | Seite 2 von 2 |