

Patienten- Fragebogen

Herzlich Willkommen in der Praxis von Dr. med. G. Reinhard und Dr. med. K. Azgomi

Wir bitten Sie um das Ausfüllen des Ihnen vorliegenden Fragebogens. Wir weisen darauf hin, dass das Ausfüllen dieses Bogens unsere Arbeit erleichtert, die Behandlungsqualität und –sicherheit erhöht und auf **freiwilliger Basis** erfolgt.

1. Meine Daten

Name: _____

Vorname: _____

Geb.Datum: _____

Telefon / Mobil: _____

e-Mail: _____

2. Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen ?

- Neurodermitis
 - Schuppenflechte
 - Akne
 - Basaliom (weißer Hautkrebs)
 - Spinaliom (weißer Hautkrebs)
 - Melanom (schwarzer Hautkrebs)
 - Krebserkrankung, welche ?

 - _____

 - Krampfadern
 - Thrombose
 - Diabetes
 - Bluthochdruck
 - Rheuma
 - Hepatitis
 - HIV
 - Allergien, wenn ja welche?
- _____

3. Sind Sie wegen weiterer, bisher nicht genannter Erkrankungen in ärztlicher Behandlung?

4. Traten in der Verwandtschaft folgende Erkrankungen auf?

- Allergien
- Akne
- Neurodermitis
- Schuppenflechte
- Krampfadern
- Hautkrebs
- Sonstige: _____

5. Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Ort Datum Unterschrift

Die ausliegende **Datenschutzerklärung** habe ich zur Kenntnis genommen und bestätige mit Meiner 2. Unterschrift **-jederzeit widerruflich-** mein Einverständnis mit dem Umgang meiner Daten in dieser Praxis.

Ort Datum Unterschrift