

(englisch)



# Patient questionnaire

## Patientenerhebungsbogen

**Last name:** \_\_\_\_\_  
 Familienname:

**Date of birth:** \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum:

**Country/place of origin:** \_\_\_\_\_  
 Herkunftsland/-ort:

**Language skills:** \_\_\_\_\_  
 Sprachkenntnisse:

**First name:** \_\_\_\_\_  
 Vorname:

**Nationality:** \_\_\_\_\_  
 Staatsangehörigkeit:

### Only for minors: Legal guardian

Nur bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigter

**Last name:** \_\_\_\_\_  
 Familienname:

**Date of birth:** \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum:

**First name:** \_\_\_\_\_  
 Vorname:

**Nationality:** \_\_\_\_\_  
 Staatsangehörigkeit:

### Contact information

Kontaktdaten

**Phone/mobile number:** \_\_\_\_\_  
 Telefon-/Handynummer:

**E-mail:** \_\_\_\_\_

**Current address (street / house number / city):** \_\_\_\_\_  
 Derzeitige Anschrift (Str./Hausnr./Ort):

**Phone number of language intermediary/interpreter:** \_\_\_\_\_  
 Tel.Nr. des Sprachvermittlers/Dolmetschers:

**Please answer the following questions about your health as accurately as possible!** The data is subject to medical confidentiality and data protection provisions and is kept strictly confidential.

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau! Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

**Cardiovascular disease**  yes  no  
 Herz-/Kreislauferkrankung ja nein

**Blood coagulation (clotting) disorder**  yes  no  
 Blutgerinnungsstörungen

**Seizure disorders (epilepsy)**  yes  no  
 Anfallsleiden (Epilepsi)

**Asthma/lung diseases**  yes  no  
 Asthma/Lungenerkrankungen

**Fainting**  yes  no  
 Ohnmachtsanfälle

**Diabetes**  yes  no  
 Diabetes/Zuckerkrankheit

**Liver disease / hepatitis**  yes  no  
 Lebererkrankung/Hepatitis

**Kidney diseases**  yes  no  
 Nierenerkrankungen

**Rheumatism/arthritis**  yes  no  
 Rheuma/Arthritis

**Thyroid disease**  yes  no  
 Schilddrüsenerkrankung

**Tuberculosis**  yes  no  
 Tuberkulose

**HIV infection / AIDS stage**  yes  no  
 HIV-Infektion/Stadium AIDS

**Infectious diseases (e.g. MRSA)**  yes  no  
 Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)

**Drug addiction**  yes  no  
 Drogenabhängigkeit

**Smoker**  yes  no  
 Raucher

**Are you pregnant?**  yes  no  
 Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

**If so, in which month?** .....month  
 Wenn ja, in welchem Monat? Monat

**Other illnesses:**  yes  no  
 Sonstige Erkrankungen

.....

.....

.....

.....

**Allergies or intolerances:**  
 Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

**Local anaesthesia/injections**  yes  no  
 Lokalanästhesie/Spritzen

**Antibiotics**  yes  no  
 Antibiotika

**Pain killers**  yes  no  
 Schmerzmittel

**Other:** .....  
 Andere:

