

Liebe Patientin, lieber Patient!

Um Sie optimal betreuen zu können, bitte ich Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Allgemeine Angaben:

Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: _____

Straße: _____

PLZ: _____

Ort: _____

Beruf: _____

Telefon: _____

Handy: _____

E-Mail: _____

Größe: _____

Gewicht: _____

Familienstand: _____

Kinder: _____

Vorheriger Hausarzt: _____

Regelmäßige Medikamente *(bitte Medikamentenplan vorlegen)*:

Vorerkrankungen:

	nein/ja	seit wann? nähere Angabe
Bluthochdruck	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	_____
Herzerkrankung	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	_____
Schlaganfall	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	_____
Durchblutungsstörungen	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	_____
Zuckerkrankheit / Diabetes	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	_____
Fettstoffwechselstörung	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	_____
Tumorerkrankung	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	_____

Lebererkrankung nein ja _____
Nierenerkrankung nein ja _____
Bluterkrankungen nein ja _____
Lungenkrankheit (COPD/Asthma) nein ja _____
Krampfleiden nein ja _____
Thrombose / Lungenembolie nein ja _____
Chronische Infektionskrankheiten nein ja _____
Neurologische Erkrankungen nein ja _____
Operationen nein ja _____

Unfälle nein ja _____

Sonstiges nein ja _____

Allergien gegen Medikamente nein ja _____

Andere Allergien nein ja _____

Rauchen Sie? nein ja _____

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? nein ja _____

Treiben Sie Sport? *was?, wie oft?* nein ja _____

Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt:

Herzkatheter nein ja _____

Darmspiegelung nein ja _____

Letzter CheckUp? _____ letzter Hautcheck? _____

Familienanamnese:

sind in der Familie folgende Krankheiten bekannt?

Bluthochdruck nein ja _____

Herzerkrankungen nein ja _____

Schlaganfall nein ja _____

Durchblutungsstörungen nein ja _____

Zuckerkrankheit / Diabetes nein ja _____

Tumorerkrankungen nein ja _____

Bluterkrankungen nein ja _____

Thrombose / Lungenembolie nein ja _____

Vielen Dank!

Ort, Datum

Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter / Betreuer