

Liebe Patientin, lieber Patient! Um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Name, Vorname:.....

Geburtsdatum:.....

Beruf:.....

Telefon: Mobil:.....

E-Mail:.....

Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen?

Seit wann? Nähere Angaben:

Bluthochdruck Nein Ja

Herzkranzgefäße, Herzinfarkt Nein Ja

Herzerkrankungen Nein Ja

Schlaganfall Nein Ja

Durchblutungsstörungen der Beine Nein Ja

Zuckerkrankheit/ Diabetes Nein Ja

Fettstoffwechselstörung Nein Ja

Tumorerkrankungen Nein Ja

Lebererkrankungen Nein Ja

Chronische Infektionskrankheiten Nein Ja

Blutungsstörungen, Bluterkrankungen Nein Ja

Lungenerkrankung (Asthma, COPD) Nein Ja

Thrombose o. Lungenembolie Nein Ja

Augenerkrankungen Nein Ja

Psychische Erkrankungen Nein Ja

Krampfleiden/neurolog. Erkrankungen Nein Ja

Operationen/ Unfälle Nein Ja

Sonstiges Nein Ja

Rauchen Sie? Nein Ja Wenn ja, wie viel:
Nicht mehr seit:

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Nein Ja Wenn ja, wie viel:

Haben Sie Allergien? Nein Ja

Gegen Medikamente? Nein Ja - Wenn ja, gegen welche?

Andere Allergien?

Wie groß sind Sie: (cm) Wieviel wiegen Sie: (kg)

Haben Sie in den letzten 6 Monaten stark zu- oder abgenommen? zu ab Nein

