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 □		

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßi	ig ein?
Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuc	hungen durchgeführt?
Herzkatheter Ja □ Nein □	3. 3
Darmspiegelung Ja □ Nein □	
Familienanamnese	
Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten be	ekannt?
Bluthochdruck	Ja □ Nein □
Herzkranzgefäße, Herzinfarkt	Ja □ Nein □
Herzerkrankungen	Ja □ Nein □
Schlaganfall	Ja □ Nein □
Durchblutungsstörungen der Beine	Ja □ Nein □
Zuckerkrankheit/ Diabetes	Ja □ Nein □
Tumorerkrankungen Blutungsstörungen	Ja □ Nein □
Bluterkrankungen	Ja □ Nein □
Thrombose o. Lungenembolie	Ja □ Nein □
Sozialanamnese	
Familienstand:	Kinder:
Für Kinder: gemeinsames Sorgerecht □ allei	niges Sorgerecht □
Sport (was & wie oft?)	
,	
Gibt es bei Ihnen einen wichtigen Punkt, der	n Sie mir hier noch mitteilen möchten?
Bitte bringen Sie zur nächsten Untersuchung	g Ihren Impfausweis mit.
Covid-Impfungen (Wirkstoff, wann?):	
Covid-Erkrankungen (wann genesen?):	
D. "	
Berlin, den	
Datum	Unterschrift