



Liebe Patientin, Lieber Patient!

Um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Name, Vorname:

Wohnort:

Geburtsdatum:

Beruf:

Telefon/ Handy:

E-Mail:

**Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen.
Seit wann? Nähere Angaben:**

- | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------|
| Bluthochdruck | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Herzkranzgefäße, Herzinfarkt | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Herzerkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Schlaganfall | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Durchblutungsstörungen der Beine | 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"/> | |
| Tumorerkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Lebererkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Chronische Infektionskrankheiten | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Blutungsstörungen, Bluterkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Lungenerkrankung (Asthma, COPD) | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Thrombose o. Lungenembolie | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Augenerkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Psychische Erkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Krampfleiden/neurolog. Erkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Operationen/ Unfälle | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Sonstiges | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |

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? Nein zu ab

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

.....
.....
.....

Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt?

Herzkatheter Nein Ja

Darmspiegelung Nein Ja

Familienanamnese:

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?

Bluthochdruck Nein Ja

Herzkranzgefäße, Herzinfarkt Nein Ja

Herzerkrankungen Nein Ja

Schlaganfall Nein Ja

Durchblutungsstörungen der Beine Nein Ja

Zuckerkrankheit/ Diabetes Nein Ja

Tumorerkrankungen Nein Ja

Blutungsstörungen, Bluterkrankungen Nein Ja

Thrombose o. Lungenembolie Nein Ja

Gibt es bei Ihnen einen wichtigen Punkt, den Sie uns hier noch mitteilen möchten?

.....

Bitte bringen Sie zur nächsten Untersuchung Ihren Impfausweis mit.

Ich danke Ihnen für Ihre Mühe. Bitte geben Sie diesen Fragebogen am Empfang ab. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.

Rosenheim, den

Unterschrift:.....