



**Liebe Patientin, lieber Patient!**

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

Name, Vorname: .....  
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"/>
Fettstoffwechselstörungen	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"/>
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Lungenerkrankungen (Asthma, COPD)	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Thrombose oder 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? 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: .....

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 <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"/>
Zuckererkrankung/Diabetes mellitus	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Tumorerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Thrombose oder Lungenembolie	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>

**Sozialanamnese**

Familienstand .....   Kinder .....

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

.....

**Einverständniserklärung**

Dürfen wir Sie an fällige Untersuchungen oder Termine, z.B. Impfungen und Vorsorge erinnern?

Nein  Ja

Wir danken Ihnen für Ihre Mühe. Bitte geben Sie den Fragebogen am Empfang ab.  
Bei Fragen  
helfen wir Ihnen gerne.

.....  
Datum, Unterschrift