

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

Name, Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Anschrift: .....

Beruf: .....

Telefon: ..... Handy: .....

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  .....

Fettstoffwechselstörungen Nein  Ja  .....

Tumorerkrankungen Nein  Ja  .....

Lebererkrankungen Nein  Ja  .....

Nierenerkrankungen Nein  Ja  .....

Chronische Infektionskrankheiten Nein  Ja  .....

Blutungsstörungen, Bluterkrankungen Nein  Ja  .....

Lungenerkrankungen (Asthma, COPD) Nein  Ja  .....

Thrombose oder Lungenembolie Nein  Ja  .....

Augenerkrankungen Nein  Ja  .....

Psychische Erkrankungen Nein  Ja  .....

Krampfleiden/ neurologische Erkrankungen Nein  Ja  .....

Operationen/Unfälle Nein  Ja  .....

Sonstiges Nein  Ja  .....

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel: ..... nicht mehr seit: .....

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, wie viel: .....

Konsumieren Sie andere Drogen? Wenn ja, welche: .....

Haben Sie Allergien? Nein  Ja  Haben Sie Allergien gegen Medikamente? Nein  Ja

Wenn ja, gegen welche?.....

Andere Allergien: .....

Wie groß sind Sie: ..... Wieviel wiegen Sie: .....

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

**Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? Medikationsplan ggf. bitte mitbringen.**

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

**Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt?**

Herzkatheter Nein  Ja , wenn Ja wann:

Darmspiegelung Nein  Ja , wenn Ja wann:

Frauenarzt Nein  Ja , wenn Ja wann:

Urologe Nein  Ja , wenn Ja wann:

Laboruntersuchung Nein  Ja , wenn Ja wann:

Allgemeine Gesundheitsuntersuchung: Nein  Ja , wenn Ja wann:

**Impfbuch vorhanden Nein  Ja , wenn Ja bitte zur nächsten Untersuchung mitbringen.**

**Familienanamnese**

**Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?**

Bluthochdruck Nein  Ja

Herzerkrankungen Nein  Ja

Schlaganfall Nein  Ja

Durchblutungsstörungen der Beine Nein  Ja

Zuckererkrankung/Diabetes mellitus Nein  Ja

Tumorerkrankungen Nein  Ja

Blutungsstörungen, Bluterkrankungen Nein  Ja

Thrombose oder Lungenembolie Nein  Ja

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

.....  
.....

**Vielen Dank. Bitte geben Sie den Fragebogen am Empfang ab.**