



## 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
Diabetes	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	.....
Nierenerkrankungen	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"/>	.....
Chronische Infektionskrankheiten	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? 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: .....kg

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

