

PRAXIS AM APOSTELHOF

Dr. C. Eisele / Dr. C. Haffer / Dr. S. Haffer / Dr. F. Umrath

Grabenstr. 1, 73033 Göppingen, Tel: 07161 – 6562320, Fax: - 6562329

team@praxis-am-apostelhof.de / www.praxis-am-apostelhof.de



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"/>
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

