

Liebe Patientin, lieber Patient,

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

Name, Vorname: _____ **Größe:** _____

Geburtsdatum: _____ **Gewicht:** _____

Telefon/Handy: _____

E-Mail: _____

Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen?

- | | |
|--|---|
| 1. Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 2. Herzinfarkt, Erkrankung der Herzkranzgefäße | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 3. Herzerkrankungen (Schwäche, Klappenfehler) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 4. Schlaganfall | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 5. Durchblutungsstörungen der Beine | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 6. Zuckerkrankheit/Diabetes | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 7. Fettstoffwechselstörung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 8. Tumorerkrankungen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 9. Lebererkrankungen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 10. Chronische Infektionskrankheiten | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 11. Blutungsstörungen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 12. Lungenerkrankungen (z.B. Asthma, COPD) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 13. Thrombose/Lungenembolie | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 14. Augenerkrankungen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 15. Psychische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 16. Krampfleiden/ neurolog. Erkrankungen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 17. Operationen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 18. Unfälle | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Sind Allergien vorhanden? ja nein

Wenn ja, gegen was?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Rauchen Sie? ja nein

Wenn ja, wie viel?

Seit wann nicht mehr?

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ja nein

Wenn ja, wie viel?

Gibt es in Ihrer Familie folgende Erkrankungen?

- | | |
|--|---|
| 1. Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 2. Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 3. Schlaganfall | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 4. Durchblutungsstörungen der Bein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 5. Zuckererkrankung/ Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 6. Tumorerkrankungen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 7. Blutungsstörungen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 8. Thrombose oder Lungenembolie | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Gibt es etwas, dass Sie uns gerne mitteilen möchten?

Einverständniserklärung

Dürfen wir Sie an Vorsorgeuntersuchungen, z.B. Check up oder DMP erinnern?

ja nein

Ort, Datum
2 von 2

Unterschrift