

Liebe Patienten,
um Sie bestmöglich behandeln zu können, bitten wir Sie, diesen Fragebogen zu beantworten.

Name: _____

Telefonnummer: _____ E-Mail: _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Beruf: _____ Rauchen Sie? _____

Haben Sie Kinder? _____ Alter? _____ Geschlecht? _____

Was führt Sie heute zum Arzt? _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Leiden Sie an chronischen Krankheiten? (bitte ankreuzen!)

NEIN JA

Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenk- od. Knochenerkrank	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, welche? _____

Wann war Ihre letzte Blutentnahme? _____

Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung? _____ Was? _____
Warum? _____

Wann war Ihr letztes EKG? _____

Wann und warum waren Sie das letzte Mal im Krankenhaus?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit aufgrund einer akuten Erkrankung ein?

Wann hatten Sie Ihre letzte Impfung? _____
Wenn Sie einen Impfpass besitzen, stellen Sie uns diesen bitte zur Einpflegung der Daten zur Verfügung, damit wir sie hinsichtlich Fälligkeiten beraten können.