

Liebe Patientin, lieber Patient!

Um Sie optimal betreuen zu können, bitte ich Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.



Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Beruf/Tätigkeit:

Telefon:

Mobil:

E-Mail:

Krankenkasse:

Familienstand:

Wie groß sind Sie: (cm) Wieviel wiegen Sie: (kg)

Rauchen Sie? Nein Ja Wenn ja, wie viel:

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Nein Ja

Haben Sie Allergien? Nein Ja

- Wenn ja, welche?

- Gegen Medikamente? Nein Ja

- Wenn ja, gegen welche?

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

Bluthochdruck Nein Ja

Herzerkrankungen:

- Herzinfarkt Nein Ja

- Koronare Herzkrankheit (KHK) Nein Ja

- Herzinsuffizienz Nein Ja

- Sonstige:

Schlaganfall Nein Ja

- Zuckerkrankheit/ Diabetes Nein Ja
- Tumorerkrankungen Nein Ja
- Chronische Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Hepatitis) Nein Ja
- Lungenerkrankung (Asthma, COPD) Nein Ja
- Gefäßerkrankung
arterielle (z.B. pAVK) Nein Ja
- venöse (z.B. Lungenembolie, Chronisch-venöse Insuffizienz,Thrombose)
Nein Ja
- Krampfleiden/neurolog. Erkrankungen (Epilepsie) Nein Ja

Liegt ein Grad der Behinderung vor?

Wenn ja, welcher Grad?

Liegt ein Pflegegrad vor?

Wenn ja, welcher Grad?

Familienanamnese

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?

Bluthochdruck Nein Ja

Herzerkrankungen:

- Herzinfarkt Nein Ja
- Koronare Herzkrankheit (KHK) Nein Ja
- Herzinsuffizienz Nein Ja
- Sonstige:

Schlaganfall Nein Ja

Zuckerkrankheit/ Diabetes Nein Ja

Tumorerkrankungen Nein Ja

Thrombose o. Lungenembolie Nein Ja

Wir danken Ihnen für Ihre Mühe. Bitte geben Sie diesen Fragebogen und den Bogen bzgl. des Datenschutzes am Empfang ab. Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zu Verfügung.

Goldbach, den _____

Unterschrift: