

Gesundheitsfragebogen

Für eine an ihren Gesundheitszustand angepasste Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen auszufüllen.

Name: Vorname:

Geburtsort: Geburtstag:

Straße: Wohnort:

Krankenkasse:

Telefon: Mobil:

E-Mail:

Arbeitgeber: Beruf:

Bei Familienversicherten:

Hauptversicherter:

Angaben zum allgemeinen Gesundheitszustand (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Hoher Blutdruck: Ja Nein

Herz-Kreislaufferkrankungen: Ja Nein

Benötigen Sie eine Endokarditisprophylaxe? Ja Nein

Bronchitis/Asthma: Ja Nein

Schilddrüsenerkrankung: Ja Nein

Diabetes: Ja Nein

Creutzfeldt-Jakob-Krankheit: Ja Nein

Infektionskrankheiten (Hepatitis/HIV): Ja Nein

Sind oder waren Sie alkohol-, drogen- oder medikamentenabhängig? Ja Nein

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

Sonstige Erkrankungen: Ja Nein

Wenn ja, welche?

Schnarchen Sie? Ja Nein

Schlafapnoe? Ja Nein

Leiden Sie an einer Allergie? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Ja Nein

Wenn ja, wofür bzw. wogegen?

Nehmen Sie Blutverdünner (z.B.: ASS, Marcumar)? Ja Nein

Ohnmachtsneigung? Ja Nein

Blutungsneigung? Ja Nein

Möchten Sie regelmäßig an Vorsorgeuntersuchungen (Recall) erinnert werden?
Ja Nein

Datum, Unterschrift