Liebe Patientin, lieber Patient!

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

Name, Vorname: ………………………………………………………………………………

Geburtsdatum: …………………………………………………………………

Beruf: ……………………………………………………………………………

Telefon: ……………………………………………….

Handy: …………………………………………

Größe: ………………………cm

Gewicht: ………………………kg

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

Seit wann? Nähere Angaben:

Bluthochdruck Nein ☐ Ja ☐ ……………………………………………………………………………………………………

Herzkranzgefäße, Herzinfarkt Nein ☐ Ja ☐ ……………………………………………………………………………………………………

Schlaganfall Nein ☐ Ja ☐ ……………………………………………………………………………………………………

Durchblutungsstörungen der Beine Nein ☐ Ja ☐ ……………………………………………………………………………………………………

Zuckerkrankheit/ Diabetes Nein ☐ Ja ☐ ……………………………………………………………………………………………………

Fettstoffwechselstörung Nein ☐ Ja ☐ ……………………………………………………………………………………………………

Tumorerkrankungen Nein ☐ Ja ☐ ……………………………………………………………………………………………………

Lebererkrankungen Nein ☐ Ja ☐ ……………………………………………………………………………………………………

Chronische Infektionskrankheiten Nein ☐ Ja ☐ ……………………………………………………………………………………………………

Gerinnungsstörungen, Bluterkrankungen Nein ☐ Ja ☐ ……………………………………………………………………………………………………

Lungenerkrankung (Asthma, COPD) Nein ☐ Ja ☐ ……………………………………………………………………………………………………

Schilddrüsenerkrankungen Nein ☐ Ja ☐ ……………………………………………………………………………………………………

Wirbelsäulenleiden Nein ☐ Ja ☐ ……………………………………………………………….

Psychische Erkrankungen Nein ☐ Ja ☐ ……………………………………………………………………………………………………

Krampfleiden/neurologische Erkrankungen Nein ☐ Ja ☐

……………………………………………….……………………………………………………

Operationen

Wenn ja, wo? Nein ☐ Ja ☐ ……………………………………………………………………………………………………

Rauchen Sie? Nein ☐ Ja ☐

Wenn ja, wie viel: …………. Nicht mehr seit: ………………………….

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Nein ☐ Ja ☐

Wenn ja, wie viel: …………………………………………………………………

Haben Sie Allergien? Nein ☐ Ja ☐

- Gegen Medikamente? Nein ☐ Ja ☐

- Wenn ja, gegen welche? ………………………………………………………………………………………………………

- Andere Allergien? …………………………………………………………………………

Vorsorgevollmacht liegt vor? Nein ☐ Ja ☐

Betreuung vorhanden? Nein ☐ Ja ☐

Wenn ja: Kontaktdaten

……………………………………………………………………………………………………

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Medikamentenname | Einnahme (z.B. 1-0-0) |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |
| 8 |  |  |
| 9 |  |  |
| 10 |  |  |

**Vielen Dank**