



**Liebe Patientin, lieber Patient!**

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

Name, Vorname:.....  
Geburtsdatum:.....  
Beruf: .....  
Telefon:.....Handy:.....  
E-Mail:.....

**Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden**

**Erkrankungen?**

Seit wann? Nähere Angaben:

- |  |                               |                             |                       |
|--|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------|
| Bluthochdruck  | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | .....                 |
| Herzkranzgefäße, Herzinfarkt   | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | .....                 |
| Herzerkrankungen   | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | .....                 |
| Schlaganfall   | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | .....                 |
| Durchblutungsstörungen der Beine   | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | .....                 |
| Zuckerkrankheit/ Diabetes  | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | .....                 |
| Fettstoffwechselstörungen  | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | .....                 |
| Tumorerkrankungen  | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | .....                 |
| Lebererkrankungen  | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | .....                 |
| Chronische Infektionskrankheiten   | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | .....                 |
| Blutungsstörungen,<br>Bluterkrankungen   | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | .....                 |
| Lungenerkrankungen (Asthma,<br>COPD) Thrombose oder<br>Lungenembolie Augenerkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | .....                 |
| Psychische Erkrankungen  | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | .....                 |
| Krampfleiden/ neurolog.<br>Erkrankungen Operationen/Unfälle                            | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | .....                 |
| Sonstiges  |                               |                             |                       |
| Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel: .....  |                               |                             | nicht mehr seit:..... |
| Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, wie viel: .....                           |                               |                             |                       |
| Haben Sie Allergien? -   | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |                       |
| Gegen Medikamente?   | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |                       |
| Wenn ja, gegen welche?.....  |                               |                             |                       |
| -Andere Allergien:.....  |                               |                             |                       |

