

Patientenfragebogen

Name	Vorname	Geburtsdatum	Telefon	Beruf
------	---------	--------------	---------	-------

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte füllen Sie den Fragebogen so gut es geht aus. Die Fragen betreffen mögliche Vorerkrankungen, Unverträglichkeiten und in der Familie aufgetretene Erkrankungen.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Krankheiten?

Allergien:

0 Medikamente _____

0 sonstige Stoffe _____

Herz-und Gefäßerkrankungen:

0 hoher Blutdruck 0 Herzinfarkt 0 Durchblutungsstörung der Beine

0 Schlaganfall 0 Thrombose 0 sonstige _____

Lungenerkrankung:

0 Asthma 0 chron. Bronchitis 0 Lungenentzündung 0 Tuberkulose

0 sonstige _____

Stoffwechselerkrankungen:

0 Zuckerkrankheit bekannt seit: _____ Behandlung: _____

0 erhöhtes Cholesterin bekannt seit: _____ Behandlung: _____

0 Schilddrüsenerkrankung bekannt seit: _____ Behandlung: _____

Bauchorgane:

0 Gallenerkrankungen 0 Gallensteine 0 sonstige _____

0 Lebererkrankungen 0 Hepatitis A B C 0 sonstige _____

0 Magenerkrankungen 0 Geschwür 0 Gastritis _____

0 Darmerkrankungen 0 Divertikel 0 Entzündung _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?
