

Gesundheitsfragebogen für Patient:innen

Liebe Patientin, lieber Patient

Gerne bitten wir Sie vor Ihrer *ersten Untersuchung* folgende Fragen für eine optimale Behandlung zu beantworten. Wir danken Ihnen sehr für Ihre Mitarbeit.

Name: _____ Vorname: _____ Geburtstag: _____

Beste Erreichbarkeit unter: _____

Leiden Sie an Erkrankungen folgender Organe	JA	NEIN	Bei ja, welche/wann/wieviel?
<i>Herzen-Kreislauf</i> (Blutdruck, Herzrhythmus, Thrombose, Lungenembolie)			
Lunge oder Atmung			
<i>Niere</i> oder Harnwege			
<i>Kopf/Nervensystem</i> (Epilepsie, MS, Parkinson, Demenz, Depression)?			
<i>Stoffwechsel</i> (Zuckererkrankung, Cholesterin, Schilddrüse, etc.)			
<i>Tumorerkrankungen</i>			
Waren oder sind Sie in <i>psychologischer/psychiatrischer</i> Behandlung?			
Trinken Sie <i>Alkohol</i> ? Wenn ja, wie viel?			
<i>Rauchen</i> Sie? Wenn ja, wie viel?			
Leiden Sie unter Stress, Schlafmangel, Niedergeschlagenheit?			
Nehmen/nahmen Sie <i>Drogen</i> ?			
Treiben Sie regelmässig <i>Sport</i> ?			
Hatten Sie grössere <i>Operationen, Unfälle</i> ?			
Leiden Sie an einer Allergie?			
Litten Ihre Eltern oder Geschwister an einem Hirnschlag/Herzerkrankung/hocher Blutdruck etc.?			
Nehmen Sie <i>Medikamente</i> ? Wenn ja s. Rückseite			
<i>Ernähren</i> Sie sich gesund?			Grösse: _____ Gewicht: _____
Beruf/aktuelle Tätigkeit und weitere wichtige Informationen?			

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich alle medizinischen Angaben vollständig und wahrheitsgetreu berichtet habe.

Datum & Unterschrift:

Bitte Erfassen Sie hier Ihre Medikation oder bringen Sie uns eine Medikamentenliste mit:

[illegible]