

Gesundheitsfragebogen

Sehr geehrter Patien /in,

damit wir uns speziell auf Ihre Bedürfnisse einstellen können, benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsort/ -datum: _____

Strasse: _____

PZL / Wohnort: _____

Telefon-/ Handynummer: _____

Beruf / Arbeitgeber: _____

Krankenkasse: _____

Versicherter: _____ **Geb.Datum:** _____

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

Herz/Kreislauf

- (ja) (nein) Zustand nach Infarkt
- (ja) (nein) Rhythmusstörungen, Bypassop., Schrittmacher etc.
- (ja) (nein) Bluthochdruck
- (ja) (nein) niedriger Blutdruck

Erkrankung des blutbildenden Systems

- (ja) (nein) Blutarmut/ Bluter

Augen

- (ja) (nein) Grauer Star/ Grüner Star

Atmungswege/Lunge

- (ja) (nein) Asthma/ Bronchitis

Magen-Darm-Trakt

- (ja) (nein) Magen- / Darmerkrankung

Blase-Nieren

- (ja) (nein) Blasen- / Nierenerkrankung
- (ja) (nein) Dialyse

Leber

- (ja) (nein) Gelbsucht / Hepatitis

