



Dr. **MONIKA  
BRUGGER**

Allgemeinmedizin | Sportmedizin

# GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

## Liebe Patientin, lieber Patient,

um Ihnen eine individuelle, auf Ihren Gesundheitszustand abgestimmte Behandlung sowie Beratung ermöglichen zu können, bitten wir Sie den Fragebogen vollständig auszufüllen. Alle Angaben fallen selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht. Sollten Sie Fragen haben oder sollte etwas unklar sein, wenden Sie sich gerne an uns, wir helfen Ihnen weiter.

### Patientendaten

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

Geschlecht  männlich  weiblich  divers

\_\_\_\_\_  
Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ/Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Fax

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Familienstand

Kinder  ja  nein

\_\_\_\_\_  
Beruf

### Versichertendaten

(nur wenn diese von den Patientendaten abweichen)

\_\_\_\_\_  
Versichertenname

Krankenversicherung  gesetzlich  privat

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

Zahnezusatzversicherung  ja  nein  
vorhanden

\_\_\_\_\_  
Straße

beihilfeberechtigt  ja  nein

\_\_\_\_\_  
PLZ/Ort

\_\_\_\_\_  
Name der Versicherung:

### Allgemein

\_\_\_\_\_  
Körpergröße

\_\_\_\_\_  
Gewicht

\_\_\_\_\_  
Alter

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  nein  ja

Medikament/Wirkstoffstärke

Seit wann?

Konsumieren Sie regelmäßig Nikotin (Zigaretten, E-Zigaretten, Zigarren etc.)?  nein  ja

Große/wichtige Operationen  nein  ja

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol?  nein  ja

Welche, wann?

Konsumieren Sie regelmäßig andere Drogen?  nein  ja

Sind bei Ihnen Allergien (Umweltallergene/Lebensmittel/Medikamente) bekannt?  nein  ja

Welche?

## Krankheiten

Herzerkrankungen?  nein  ja

- Herzinfarkt
- KHK (Herzkranzgefäßerkrankung)
- Herzrhythmusstörungen

Tumorleiden (Krebs)?  nein  ja

Psychische Erkrankung?  nein  ja

- Depressionen

Andere

Andere

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)?  nein  ja

Chronische Atemwegserkrankungen?  nein  ja

Thrombosen/  
Blutgerinnungsstörungen?  nein  ja

- Asthma bronchiale
- COPD

Migräne/Clusterkopfschmerzen?  nein  ja

Andere

Bluthochdruck?  nein  ja

Schlaganfall?  nein  ja

Infektionskrankheiten?  nein  ja

Schilddrüsenerkrankungen?  nein  ja

- HIV
- Hepatitis
- Tbc (Tuberkulose)

Gicht?  nein  ja

Rheuma?  nein  ja

Osteoporose?  nein  ja

Andere

Anfallsleiden (Epilepsie)?  nein  ja

Andere Erkrankungen?  nein  ja

Schlaf-Apnoe-Syndrom?  nein  ja

Welche?

Datum, Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu.