



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

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

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? nein ja

Konsumieren Sie regelmäßig andere Drogen? nein ja

Seit wann?

Große/wichtige Operationen nein ja

Welche, wann?

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

Welche?

Krankheiten

Herzerkrankungen? nein ja

- Herzinfarkt
- KHK (Herzkranzgefäßerkrankung)
- Herzrhythmusstörungen

Andere

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)? nein ja

Thrombosen/
Blutgerinnungsstörungen? nein ja

Migräne/Clusterkopfschmerzen? nein ja

Bluthochdruck? nein ja

Schlaganfall? nein ja

Schilddrüsenerkrankungen? nein ja

Gicht? nein ja

Rheuma? nein ja

Osteoporose? nein ja

Anfallsleiden (Epilepsie)? nein ja

Schlaf-Apnoe-Syndrom? nein ja

Schlaf-Apnoe-Syndrom? nein ja

Tumorleiden (Krebs)? nein ja

Psychische Erkrankung? nein ja

Depressionen

Andere

Chronische Atemwegserkrankungen? nein ja

- Asthma bronchiale
- COPD

Andere nein ja

Infektionskrankheiten? nein ja

- HIV
- Hepatitis
- Tbc (Tuberkulose)

Andere

Andere Erkrankungen? 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.