

Gesundheitsfragebogen

Vorname: _____ Name _____

Geburtsdatum: _____ Telefon _____

Anschrift: _____

Familiäre Vorerkrankungen:

Bluthochdruck ja/nein Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) ja/nein
Fettstoffwechselstörung ja/nein Herzinfarkt ja/nein
Schlaganfall ja/nein Schilddrüsenerkrankung ja/nein
Krebserkrankungen ja/nein Art: _____
Bekannte Erbkrankheiten _____

Durchgeführte Operationen: _____ (Jahr)

Besondere Untersuchungen:

Koloskopie (Jahr/ auffälliger Befund) _____

Sind Sie Raucher ja/nein

Eigene Vorerkrankungen

Bluthochdruck ja/nein
Fettstoffwechselstörung(Cholesterin) ja/nein
Harnsäurewerterhöhung (Gicht) ja/nein
Koronare Herzerkrankung ja /nein Herzinfarkt (Jahr) _____
pAVK (Durchblutungsstörung der Beine) ja/nein
Lebererkrankung ja/nein _____
Nierenerkrankung ja/nein _____
Urologische Erkrankung (Blase,Harnwege) ja/nein _____
Gynäkologische Erkrankungen ja/nein _____
Neurologische Erkrankungen ja/nein _____
Psychiatrische Erkrankungen ja/nein _____
chronische Infektionskrankheiten ja/nein _____
Allergien ja/nein _____

Unverträglichkeiten gegen Arzneimittel/Nahrungsmittel _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ja/nein

Falls ja, tragen Sie bitte die Medikation unten ein oder bringen Sie den aktuellen Medikamentenplan mit.

Medikament	Dosierung	Einnahmezeitpunkt (morgens-mittags-abends-nachts/wöchentl./monatl.)
zum Beispiel in folgender Form:		
<i>Amlodipin</i>	<i>5mg</i>	<i>1-0-1-0</i>
<i>Aldendronsäure</i>	<i>70mg</i>	<i>1* wöchentlich (montags)</i>

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!