

Medizinischer Fragebogen

Name	Vorname	Geb.datum		
Telefon	Mobil	Telefon dienstlich	m <input type="checkbox"/>	w <input type="checkbox"/>
E-Mail	Größe	Gewicht	Geschlecht	

Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt? Bitte auflisten.

	ja	nein
Herz- / Kreislaufkrankungen z.B. Bluthochdruck, KHK, Rhythmusstörungen, pAVK, _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankungen z.B. Asthma, COPD, Fibrose, _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Bauches (Abdomen) z.B. Magengeschwüre, entzündliche Darmerkrankung, _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoffwechselerkrankungen z.B. Diabetes mellitus, Schilddrüsenerkrankungen, _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Gehirns / der Psyche z.B. Schlaganfall, Krampfleiden, Migräne, Depression, _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankungen Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluterkrankungen / Blutungsstörungen z.B. Blutarmut, Hämophilie, Leukämie, _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionserkrankungen z.B. Hepatitis, HIV, Tuberkulose, _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen z.B. Wirbelsäulenbeschwerden, _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erfolgten Operationen? Wenn ja, welche und wann? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie (z.B. Zigaretten / E-Zigarette / Pfeife) ? Wenn ja, wie viel? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konsumieren Sie sonstige Drogen? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relevante Familienerkrankungen? z.B. Blutzucker, Hochdruck, KHK, bösartige Erkrankungen, _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.
Das Dokument wird nach der Digitalisierung ordnungsgemäß vernichtet.