

## PATIENTEN - FRAGEBOGEN

<b>Name:</b> Vorname: Geburtsdatum: jetziger/früherer Beruf: bisherige/-r Hausärztin/-arzt:  Raucher /-in:	Festnetz: Mobil: E-Mail: Familienstand/ Kinder: weitere Ärzte/-innen:  Datum letzte Tetanus-Impfung:
--	--

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?		Sonstiges?
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Erhöhte Blutfette	<input type="checkbox"/> Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Erhöhte Harnsäure (Gicht)	<input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Niere	<input type="checkbox"/> Krebs	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Leber	<input type="checkbox"/> Schilddrüse	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Haut	<input type="checkbox"/> Psyche/Psychosomatik	<input type="checkbox"/> keine Dauer-Erkrankung

**Erkrankungen in der Familie?**

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	Welche Medikamente wenden Sie an?:
Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	1. 2. 3. 4. 5. 6. Sie können gerne die Rückseite verwenden

Medikamentenunverträglichkeiten?	Welche Unverträglichkeiten haben Sie?
Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	     Sie können gerne die Rückseite verwenden

Leiden Sie an Allergien?	Welche Allergien haben Sie?
Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	     Sie können gerne die Rückseite verwenden

**Welche Operationen wurden bereits durchgeführt?**

Sie können gerne die Rückseite verwenden

**Haben Sie regelmäßige Beschwerden?** (z.B. Kopfschmerzen, Schlaf-, Verdauungsbeschwerden, Appetitlosigkeit...)

Ich möchte regelmäßig an Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen erinnert werden

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

LinZ, den **Unterschrift:**