

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen und zu Ihrem Erstgespräch mitzubringen.

Name, Vorname: _____ geb: _____
Telefon: _____ Handy: _____
Adresse: _____ E-mail: _____
_____ Beruf: _____

Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt/KHK |
| <input type="checkbox"/> andere Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen der Beine | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes) |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung (Asthma, COPD) |
| <input type="checkbox"/> Chronische Infektionskrankheiten | <input type="checkbox"/> Blutungsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Thrombose o. Lungenembolie | <input type="checkbox"/> Augenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Krampfleiden/neurolog. Krankheiten |

Hatten Sie Operationen?

Nein Wenn ja, welche: _____

Rauchen Sie?

Nein Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag: _____ seit wann: _____

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol?

Nein Ja Gelegentlich

Haben Sie Allergien/Medikamentenallergien?

Nein Ja, folgende Allergien: _____

Wie groß sind Sie: _____ (cm) Wieviel wiegen Sie: _____ (kg)

Haben Sie in den letzten 6 Monaten stark zu- oder abgenommen?

Nein Ja und zwar: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Nein Ja und zwar folgende: _____

Haben Sie einen Pflegegrad:

Nein Ja und zwar _____

Wurde Ihnen ein Grad der Behinderung (GdB) anerkannt:

Nein Ja und zwar _____%

Wurden bei Ihnen bereits eine Darmspiegelung durchgeführt:

Nein Ja und zwar vor: ___ Jahren

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?

- Bluthochdruck
- Herzkranzgefäße/Herzinfarkt
- Herzerkrankungen
- Schlaganfall
- Durchblutungsstörungen der Beine
- Zuckerkrankheit/ Diabetes
- Tumorerkrankungen
- Blutungsstörungen, Bluterkrankungen
- Thrombose o. Lungenembolie

Gibt es bei Ihnen einen wichtigen Punkt, den Sie uns hier noch mitteilen möchten?

Datum

Unterschrift

Bitte bringen Sie zum Erstgespräch Ihren Impfausweis mit.

Vielen Dank.