



Liebe Patientinnen und Patienten,

wir möchten Sie bitten, diesen Fragebogen auszufüllen, damit wir ihr Krankheits- und Beschwerdebild besser einschätzen können und zusätzliche wichtige Informationen für Ihre weitere medizinische Betreuung bei uns erhalten.

Name: _____
Geburtsdatum: _____
Adresse: _____
Telefonnummer: _____
E-Mail: _____
Beruf / Arbeitgeber _____

Allgemeine Fragen

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg Geschlecht: weiblich männlich divers

Sind sie Raucher? Nein Ja, wieviel? _____

Ernährung: Mischkost Vegetarisch Vegan Sonstiges: _____

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Nein Ja, wieviel? _____

Sind sie regelmäßig sportlich aktiv? Nein Ja, Häufigkeit? _____

Sportarten? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein Ja, diese bitte eintragen

| Name des Medikamentes | Morgens | Mittags | Abends | Nachts |
|-----------------------|---------|---------|--------|--------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Haben Sie Allergien? Nein Ja, wogegen? _____

Sind Sie gegen COVID 19 geimpft? Ja _____ mal Nein

Haben Sie eine COVID 19 Erkrankung durchgemacht? Nein Ja, wann zuletzt? _____

Bei Frauen:

Anzahl Geburten: _____ Periode (Abstand, Dauer): _____ Wechseljahre (Beginn): _____



Wurden sie in der Vergangenheit im Krankenhaus behandelt?

| Wann? | Wo? | Warum? |
|-------|-----|--------|
| | | |
| | | |
| | | |

Kinderkrankheiten: Masern Mumps Röteln Windpocken Keuchhusten Scharlach

Hals-Nasen-Ohrenerkrankungen: ggf. welche? _____

Augenerkrankungen: _____ Sehhilfe

Lungenerkrankungen: Asthma Chronische Bronchitis Sonstige: _____

Herz-, Kreislauf-, Gefäßerkrankungen: Herzinfarkt Schlaganfall Bluthochdruck

Krampfadern Thrombose Durchblutungsstörung der Beine Sonstige: _____

Magen-, Darm-, Lebererkrankungen: _____

Nieren-, Blasenerkrankungen: _____

Stoffwechselerkrankungen: Diabetes Schilddrüsenerkrankungen Sonstige: _____

Knochen-, Gelenkerkrankungen: Arthrose Bandscheibenvorfall Rheuma Osteoporose

Sonstige: _____

Nerven-, psychische Erkrankungen: _____

Gibt es etwas, dass Sie sehr belastet oder bedrückt? _____

Haben Sie Probleme mit Appetit, Verdauung, Wasserlassen, Schlaf?

Nein Ja, welche? _____

Erkrankungen bei Eltern, Großeltern, Geschwistern:

Herzinfarkt, Schlaganfall Bluthochdruck Diabetes Mellitus Hohe Blutfette Krebs

Sonstige: _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit und Ihr Vertrauen!