

## Fragebogen zur Vorbereitung des Arztbesuchs

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Größe + Gewicht: \_\_\_\_\_ Tel.nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, max. 4x/Jahr über wichtige Neuerungen per Mail informiert zu werden. Die Mailadresse wird nicht weitergegeben.

Vorerkrankungen:

Bluthochdruck:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit (Diabetes):	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselerkrankung (Cholesterin):	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Herzkrankheit:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Asthma:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Tumorerkrankung:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Andere Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Größere Operationen: \_\_\_\_\_

Sonstiges:

Allergien, welche: \_\_\_\_\_

Unverträglichkeiten gegen Medikamente, welche: \_\_\_\_\_

Raucher: ja  nein  wieviele pro Tag: \_\_\_\_\_

Impfschutz: Impfpass vorhanden (bitte mitbringen): ja  nein

Augenblickliche Beschwerden:

---

---

---

---

Ich nehme zur Zeit folgende Medikamente:

---

---

---

---

Krankheiten in der Familie:

Bluthochdruck:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit (Diabetes):	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselerkrankung (Cholesterin):	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Herzkrankheit:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Asthma:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Tumorerkrankung:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Besitzen Sie eine Patientenverfügung oder General-/Vorsorgevollmacht?

ja  nein

Fragen an den Arzt/die Ärztin:

---

---

**Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**  Internet  persönliche Empfehlung  Flyer  Telefonbuch/Gelbe Seiten  Gemeindebrief