

Fragebogen zur Vorbereitung des Arztbesuchs

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Größe + Gewicht: _____ Tel.nr.: _____

E-Mail-Adresse: _____

Vorerkrankungen:

Bluthochdruck: ja nein
Zuckerkrankheit (Diabetes): ja nein
Fettstoffwechselerkrankung (Cholesterin): ja nein
Herzkrankheit: ja nein
Asthma: ja nein
Tumorerkrankung: ja nein

Andere Erkrankungen: _____

Größere Operationen: _____

Sonstiges:

Allergien, welche: _____

Unverträglichkeiten gegen Medikamente, welche: _____

Raucher: ja nein Wie viele pro Tag: _____

Impfschutz: Impfpass vorhanden (bitte mitbringen): ja nein

Augenblickliche Beschwerden:

Ich nehme zur Zeit folgende Medikamente:

Krankheiten in der Familie:

Bluthochdruck: ja nein
Zuckerkrankheit (Diabetes): ja nein
Fettstoffwechselerkrankung (Cholesterin): ja nein
Herzkrankheit: ja nein
Asthma: ja nein
Tumorerkrankung: ja nein

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