



Liebe Patientin, lieber Patient!

Um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, folgenden Fragebogen auszufüllen.

Name, Vorname

Geburtsdatum.....

Telefonnummer.....

Beruf.....

Größe.....

Gewicht.....

Haben Sie Allergien?..... Wenn ja, welche?.....

Rauchen Sie?.....

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

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Arthrose |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> psychische Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörung |
| <input type="checkbox"/> Asthma/COPD | <input type="checkbox"/> Thrombose/Embolie |
| <input type="checkbox"/> chronische Infektionskrankheit | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung |
| <input type="checkbox"/> Augenerkrankung | <input type="checkbox"/> Hauterkrankung |
| <input type="checkbox"/> sonstige: | |

Operationen in der Vergangenheit?..... Wenn ja, welche?.....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?.....

Bitte lassen Sie Ihren Impfpass von uns kontrollieren, falls Sie keinen haben, sprechen Sie uns bitte an.

Vielen Dank!

Ihr Team des Medizinentrums Marienstraße