



GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

→ Vorerkrankungen

Welche Kinderkrankheiten haben Sie durchgemacht?	Krankheit	Komplikation
<i>Bitte mit genauen Angaben, ob diese komplikationslos verliefen oder ob es Probleme gab.</i>		
<i>Leiden Sie unter chronischen Krankheiten? (z.B. hoher Blutdruck, Diabetes, Gicht, Krebserkrankungen, Haut- oder Geschlechtskrankheiten, Infektionen wie Hepatitis oder HIV) → Wann wurde diese Krankheit festgestellt?</i>		

→ Operationen

Wurden Sie schon operiert?	Operation	Wann?	Wo? Welches Krankenhaus
<i>(Blinddarm, Mandeln, Venen, Knochenbrüche, Leistenbrüche)</i>			

→ Krankenhausaufenthalte

Waren Sie schon einmal im Krankenhaus?	Grund	Wann?	Welches Krankenhaus

→ Familiäre Erkrankungen

Leidet jemand aus Ihrer Familie an chronischen Erkrankungen?	Nein	Ja	Wie ist diese Person mit Ihnen verwandt?	Um was für eine Krankheit handelt es sich genau ?
<i>Diabetes</i>				
<i>Krebs</i>				
<i>Herzerkrankungen</i>				
<i>Lungenerkrankungen</i>				
<i>Nervenerkrankungen</i>				
<i>sonstige</i>				

→ Sonstiges

	Nein	Ja	Wie oft? Welche Menge?
Rauchen Sie?			
Konsumieren Sie Alkohol?			
sonstiges			

→ Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie ein?	Medikamentenname	Dosierung (mg o. g Angabe)	Wie viele Tabletten pro Tag und wann ?
Dauermedikamente? (Bitte genaue Angaben)			
Bedarfsmedikamente / Reservemedikamente?			

→ Impfungen

Bitte bringen Sie Ihren **Impfpass** mit, damit wir alle Impfungen in unserem Programm erfassen können.

NAME _____ DATUM _____ UNTERSCHRIFT _____

ORT _____ TELEFON _____ E-MAIL _____