

Patient/in: \_\_\_\_\_

## Gesundheitsfragebogen

Für eine gezielte ärztliche Behandlung ist die Kenntnis bereits bestehender Vorerkrankungen eine wichtige Voraussetzung. Wir bitten Sie daher, die nachfolgenden Fragen möglichst vollständig zu beantworten. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Stehen sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?  ja  nein  
Wenn ja, warum?

---

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

---

Neigen Sie zu allergischen Reaktionen (Überempfindlichkeiten)?  ja  nein  
Wenn ja, auf welche Medikamente oder Materialien?

---

Neigen Sie zu Nachblutungen?  ja  nein  
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein?  ja  nein  
Wenn ja, welche?

---

Leiden Sie an einer der angeführten Erkrankungen?

Blutdruck (hoch, niedrig, Kollapsneigung)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Herzkrankungen, Herzfehler	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Krampfanfälle	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Atemwegserkrankungen / Lungenerkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Zustand nach Schlaganfall	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tuberkulose, AIDS)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Lebererkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Nicht angeführte Erkrankungen?		

---

Rauchen Sie?  ja  nein  
Für weibliche Patienten: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?  ja  nein  
nein

**Herzlichen Dank für Ihre Hilfe!**

Datum und Unterschrift des Patienten