

FRAGEBOGEN

Personenbezogene Daten

Name, Vorname:	
Festnetznummer/Handynummer:	
Email:	
	Beruf:
	Sport:
	Überweisende Praxis:

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

Diabetes Mellitus		Bluthochdruck	
Schilddrüsenerkrankung		Angina pectoris	
Lebererkrankung		Sonstige Herzerkrankung	
Nierenerkrankung		Durchblutungsstörungen	
Erhöhte Harnsäurewert (Gicht)		Hepatitis, HIV	
Sonstige Erkrankungen:			

Nehmen Sie regelmäßig Medikamenten?

Wenn ja, listen Sie Ihre Medikamenten bitte auf:	

Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten oder Allergien?

Wenn ja, listen Sie die Unverträglichkeiten bitte auf:	

Welche Operationen wurden bereits durchgeführt?

1)	3)
2)	4)

aktuelle Beschwerden:	Haben Sie Befunde, Röntgenbilder oder CD? <input type="button" value="JA"/> <input type="button" value="NEIN"/>
	Wenn ja, bitte geben Sie diese am Empfang ab.