

## Medizinischer Fragebogen

Name	Vorname	Geburtsdatum			
Telefon	Mobil	Telefon dienstlich			
		w	m	d	u
E-Mail	Größe	Gewicht		Geschlecht	

Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt? Bitte aufführen	ja	nein
Herz- / Kreislauferkrankungen z.B. Bluthochdruck, KHK, Rhythmusstörungen, pAVK, _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankungen z.B. Asthma, COPD, Fibrose, _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Bauches (Abdomen) z.B. Magengeschwüre, entzündliche Darmerkrankung, _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoffwechselerkrankungen z.B. Diabetes mellitus, Schilddrüsenerkrankungen, _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Gehirns / der Psyche z.B. Schlaganfall, Krampfleiden, Migräne, Depression, _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankungen Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluterkrankungen / Blutungsstörungen z.B. Blutarmut, Hämophilie, Leukämie, _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten z.B. Hepatitis, HIV, Tuberkulose, _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen z.B. Wirbelsäulenbeschwerden, Knochenerkrankungen, _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erfolgten Operationen Wenn ja, welche und wann? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie (z.B. Zigaretten / E-Zigaretten / Shisha / Pfeife)? Wenn ja, wie viel? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konsumieren Sie sonstige Drogen? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relevante Familienerkrankungen? z.B. Blutzucker, Hochdruck, KHK, bösartige Erkrankungen, _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt. Das Dokument wird nach der Digitalisierung ordnungsgemäß vernichtet.