

Liebe Patientin, lieber Patient!

Um Sie optimal betreuen zu können, bitte ich Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Name, Vorname: .....

Geburtsdatum: ..... Anschrift: .....

Beruf: .....

Telefon: ..... Handy: .....

E-Mail: .....

Krankenkasse ..... Zusatzversicherung .....

1, Ihre momentanen Beschwerden, weswegen kommen Sie zu uns?

---

---

2, Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen? Seit wann?

Bluthochdruck Nein ☐ Ja ☐ ..... Herzerkrankungen Nein ☐ Ja ☐ .....

Schlaganfall Nein ☐ Ja ☐ ..... Lebererkrankungen Nein ☐ Ja ☐ .....

Durchblutungsstörungen der Beine Nein ☐ Ja ☐ .....

Stoffwechselstörung /Diabetes Nein ☐ Ja ☐ .....

Tumorerkrankungen Nein ☐ Ja ☐ .....

Chronische Infektionskrankheiten Nein ☐ Ja ☐ .....

Blutungsstörungen, Bluterkrankungen Nein ☐ Ja ☐ .....

Lungenerkrankung (Asthma, COPD) Nein ☐ Ja ☐ .....

Thrombose o. Lungenembolie Nein ☐ Ja ☐ .....

Augenerkrankungen Nein ☐ Ja ☐ ..... Psychische Erkrankungen Nein ☐ Ja ☐ .....

Neurolog. Erkrankungen Nein ☐ Ja ☐ .....

Operationen/ Unfälle Nein ☐ Ja ☐ .....

**Infektions Krankheiten sowie HIV, Hepatitis** Nein ☐ Ja ☐ .....

3, Rauchen Sie? Nein ☐ Ja ☐ Wenn ja, wie viel: ..... Nicht mehr seit: .....

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Nein ☐ Ja ☐ Wenn ja, wie viel: .....

4, Haben Sie Allergien? Nein ☐ Ja ☐ - Gegen Medikamente? Nein ☐ Ja ☐ - Wenn ja, gegen welche? ..... -

Andere Allergien? .....

5, Wie groß sind Sie: ..... (cm) Wieviel wiegen Sie: ..... (kg) Haben Sie in den letzten 6 Monaten stark zu- oder abgenommen? Nein ☐ zu ☐ ab ☐

6, Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

.....  
.....

7, Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt?

Herzkatheter Nein ☐ Ja ☐

Darmspiegelung Nein ☐ Ja ☐

Blutbild: .....

Sonstiges: .....  
.....

8, Familienanamnese:

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?

Bluthochdruck Nein ☐ Ja ☐

Herzkranzgefäße, Herzinfarkt Nein ☐ Ja ☐

Herzerkrankungen Nein ☐ Ja ☐

Schlaganfall Nein ☐ Ja ☐

Durchblutungsstörungen der Beine Nein ☐ Ja ☐

Zuckerkrankheit/ Diabetes Nein ☐ Ja ☐

Tumorerkrankungen Nein ☐ Ja ☐

Blutungsstörungen, Bluterkrankungen Nein ☐ Ja ☐

Thrombose o. Lungenembolie Nein ☐ Ja ☐

9, Für Patientinnen:

Anzahl Schwangerschaft .....

Anzahl Geburten.....

Monatsblutung .....

10, Sozialanamnese Familienstand: .....

Kinder: .....

Für Kinder: gemeinsames Sorgerecht ☐ alleiniges Sorgerecht ☐ Vater ☐ Mutter ☐

Sport (was & wie oft?) .....

11, Sonstiges:

Bestätigung und Unterschrift

Ich bestätige, dass ich alle Angaben wahrheitsgetreu ausgefüllt und die Honorarordnung (inkl. der 24-Stunden-Absageregelung) sowie die Datenschutzerklärung verstanden und akzeptiert habe.

Wetzikon, den \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_