

Hausarztzentrum
Dres. Simons, Schwab & Kollegen

| | |
|---------------------|---------------|
| Name des Patienten: | Geburtsdatum: |
| Telefonnummer: | |
| Beruf: | |

| Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen? | | | |
|--|--------------------------|---|--------------------------|
| Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> | Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> | Angina pectoris | <input type="checkbox"/> |
| Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> | Sonstige Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> |
| Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> | Durchblutungsstörungen | <input type="checkbox"/> |
| erhöhte Blutfettwerte | <input type="checkbox"/> | Krampfadern | <input type="checkbox"/> |
| erhöhte Harnsäurewerte (Gicht) | <input type="checkbox"/> | Krebserkrankung | <input type="checkbox"/> |
| sonstige Erkrankungen: | | | |
| Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? | | Wenn ja, listen Sie Ihre Medikamente bitte auf: | |
| ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | | 1. | |
| | | 2. | |
| | | 3. | |
| | | 4. | |
| | | 5. | |
| Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten? | | Wenn ja, listen Sie die Unverträglichkeiten bitte auf: | |
| ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | | 1. | |
| | | 2. | |
| | | 3. | |
| Leiden Sie an Allergien? | | Wenn ja, listen Sie diese bitte auf: | |
| ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | | 1. | |
| | | 2. | |
| | | 3. | |
| | | 4. | |
| | | 5. | |
| Welche Operationen wurden bereits durchgeführt? | | | |
| 1. | | 3. | |
| 2. | | 4. | |
| Aktuelle Beschwerden und erkrankungsspezifische Informationen: | | | |
| | | | |

Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!