

Patientenfragebogen

Name: _____

Vorname: _____ Geb.: _____

Hausarzt: _____

Beruf: _____

JA NEIN WELCHE

Nehmen Sie Medikamente ein ? _____

Leiden Sie unter Allergien ? _____

Leiden Sie unter

Asthma ? _____

Erkrankungen des Blutes ? _____

Zu hohem Blutdruck ? _____

Herzerkrankung, Herzinfarkt ? _____

Diabetes (Zuckerkrankheit) _____

Schilddrüsenüber- bzw. Unterfunktion ? _____

Chronischen Entzündungen
(z.B. chronische Bronchitis) _____

Gerinnungsstörung ? _____

Bösartige Tumorleiden ? _____

Rheuma, oder sonstige Gelenkerkrankung ? _____

Gehstörungen ? _____

Sehstörungen ? (z. B. grüner
Star, grauer Star, Kurzsichtig etc.) _____

Schwerhörigkeit ? _____

Neurologische Erkrankung,
psychiatrische Erkrankung ? _____

Sonstige Erkrankungen ? _____

Wurden Sie schon einmal operiert ? _____

JA NEIN

Diese Fragen nur von Frauen auszufüllen:

Haben Sie schon Kinder geboren ? _____

Sind Sie schon in den Wechseljahren? wann hatten Sie ihre Letzte Menstruation?