Patientenfragebogen

Name	
Versicherungsnummer	
Geburtsdatum	
Telefonnummer	
Adresse	
Mail-Adresse	
Dienstgeber	
Größe, Gewicht	
Allergien	

Vorerkrankungen/bisherige Operationen (inkl. Datum wenn möglich)

Regelmäßig eingenommene Medikamente

Welches Medikament?	Wann nehmen Sie wie viel davon ein?			
	morgens	mittags	abends	nachts

Rauchverhalten

	Zutreffendes ankreuzen
Nichtraucher	
Gelegenheitsraucher (<20 Zigaretten/Monat)	
Raucher	
Ex-Raucher	

Familiäre Vorbelastung

Hat jemand in ihrer näheren Verwandtschaft (Geschwister/Kinder/Eltern/Großeltern) folgende Erkrankungen?

Erkrankungen	ja	nein	Weiß nicht	Wer?	Welche Erkrankung?
Herzinfarkt, Schlaganfall					
Zuckerkrankheit					
Bluthochdruck					
Krebserkrankungen					