



Liebe Patientin, lieber Patient!

Um Sie optimal betreuen zu können, benötigen wir einige Informationen. Daher bitten wir Sie, folgenden Fragebogen auszufüllen und an uns per mail oder App zurück zu senden.

Name, Vorname:

Adresse:

Geburtsdatum:Krankenkasse:.....Hausarztvertrag?.....

Beruf:Letzter Hausarzt:.....

Telefonnummer:Handy:.....

E-mail:

| Größe: | Gewicht: | Nein | Ja |
|---|-----------------|-------------|-----------|
| Bluthochdruck | | | |
| Herzerkrankungen | | | |
| Schlaganfall | | | |
| Durchblutungsstörungen der Beine | | | |
| Zuckerkrankheit / Diabetes | | | |
| Fettstoffwechselstörung | | | |
| Tumorerkrankungen | | | |
| Lebererkrankungen | | | |
| Lungenerkrankung (COPD / Asthma) | | | |
| Thrombose oder Lungenembolie | | | |
| Psychische Erkrankungen | | | |
| Neurologische Erkrankungen / Krampfleiden | | | |
| Operationen / Unfälle | | | |
| Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel: | | | |
| Nicht mehr seit: | | | |
| Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, wie viel: | | | |
| Haben Sie Allergien? Welche: | | | |
| Hatten Sie schon einmal eine Darmspiegelung? Wann war die letzte? | | | |
| Gibt es in Ihrer Familie Erkrankungen, die gehäuft aufgetreten sind? | | | |
| Gibt es noch etwas, was Sie uns mitteilen möchten? | | | |
| Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig? | | | |