

Liebe Patientin, lieber Patient,
um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Persönliche Daten

Vorname _____ Nachname _____

Geburtsdatum _____

Straße, PLZ, Ort _____

Telefon _____ Fax _____

Mobil _____ eMail _____

Sind folgende Krankheiten bei Ihnen oder in Ihrer Familie bekannt, wenn ja seit wann?

Bei Ihnen?			In Ihrer Familie?	
Ja	Nein		Ja	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzkranzgefäßerkrankung, Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angeborene oder erworbene Herzerkrankungen (auch Herzklappen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen der Beine (pAVK)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zuckererkrankung / Diabetes Mellitus Typ1 oder Typ2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fettstoffwechselstörungen (erhöhte Cholesterinwerte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chronische Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutungsstörungen, Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungenerkrankungen (z.B. Asthma, chronische Bronchitis?)Bronchitis,Tbc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thrombose oder Lungenembolie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Augenerkrankungen (z.B. grauer oder grüner Star?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychische Erkrankungen (Depressionen, Psychosen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krampfleiden oder andere neurologische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Operationen / Unfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

