

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Name: Vorname: Geb.:

Beziehen Sie Sozialleistungen / EL / IV? Nein Ja, AHV-Nr.:

Werden Sie zur Zeit ärztlich behandelt? Nein Ja:

Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? Nein Ja:

Haben oder hatten Sie jemals Hepatitis? Nein Ja:

Sind Sie HIV+ (AIDS)? Nein Ja:

Haben Sie Allergien? Nein Ja:

Hatten Sie jemals eine ernsthafte Erkrankung? Nein Ja:

Besitzen Sie einen Gesundheitsausweis
(Blutverdünner, Allergie, Endocarditis, Medikam.)? Nein Ja

Reagieren Sie überempfindlich auf
Antibiotika / Spritzen / Medikamente? Nein Ja:

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel? Nein Ja:

Name und Adresse Ihres Hausarztes:

Haben Sie oder hatten Sie jemals:

- Herzinfarkt? Nein Ja:

- künstliche Herzklappen / Stents / Shunts? Nein Ja:

- Angina pectoris? Nein Ja:

- Endocarditis (Herzinnenfellentzündung)? Nein Ja:

- zu hoher / tiefer Blutdruck? Nein Ja:

- Blutarmut (Anämie)? Nein Ja:

- verlängerte Blutgerinnung (Hämophilie)? Nein Ja:

- Asthma? Nein Ja

Nehmen Sie Blutverdünner (Marcoumar)? Nein Ja

Sind Sie Diabetiker (zuckerkrank)? Nein Ja

Haben Sie Stoffwechselstörungen? Nein Ja:

Haben Sie eine Niereninsuffizienz? Nein Ja

Haben Sie eine Leberinsuffizienz? Nein Ja

Bei Frauen: - Nehmen Sie die Pille? Nein Ja:

- Sind Sie schwanger? Nein Ja

- Haben Sie Osteoporose? Nein Ja:

Ich erkläre mich einverstanden, dass Daten, Röntgenbilder oder Fotos für medizinische Zwecke benutzt oder auf Anfrage zugestellt werden können. Diese Personen unterstehen ebenfalls der ärztlichen Schweigepflicht.

Gelterkiden, Unterschrift:

Bitte den Fragebogen ausdrucken, vollständig ausfüllen und zum Termin mitnehmen / vorher einwerfen.