

Gesundheitsfragebogen für neue Patient:innen

Liebe Patientin, lieber Patient

Um Sie professionell zu behandeln, bitten wir Sie vor der ersten Untersuchung folgende Fragen möglichst vollständig zu beantworten:

Leiden Sie an Erkrankungen	Ja	Nein	Wenn ja, welche/wann?
Herzen-Kreislauf (Blutdruck, Herzrhythmus, Thrombose, Lungenembolie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lunge oder Atmung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Magen, Darm, Leber oder Galle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Niere/Blase?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kopf/Nervensystem (Epilepsie, MS, Parkinson, Demenz, Depression)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stoffwechsel (Zuckererkrankung, Cholesterin-Erhöhung, Schilddrüse etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Geschlechtsorgane oder Sexualfunktion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bewegungsapparat, Muskeln oder Rücken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tumorerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sind oder waren Sie in psychologischer/psychiatrischer Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, wie viel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leiden Sie unter Stress, Schlafmangel, Niedergeschlagenheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	Ja	Nein	Wenn ja, welche/wann?
Nehmen/Nahmen Sie Drogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Treiben Sie regelmässig Sport?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hatten Sie Operationen, Unfälle oder schwere Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leiden Sie an einer Allergie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hatten Sie bereits Impfungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gibt es Erkrankungen bei Ihren Eltern/Geschwistern (Herzerkrankung, Hirnschlag, entzündliche Magendarmerkrankung, Epilepsie, Tumore, Diabetes, hoher Blutdruck, andere)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sind Sie alleinstehend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leben Sie mit Partner:in zusammen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Dürfen wir Unterlagen bei Ihrem bisherigen Hausarzt:in, Frauenarzt:in und Spitälern sowie anderen behandelnden Personen anfordern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Name/Adressen:
Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich alle medizinischen Angaben vollständig und wahrheitsgetreu berichtet habe.			
Weitere wichtige Angaben:			

Name / Vorname: _____

Datum/Unterschrift: _____

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit.