

Gesundheitsfragebogen

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.
Dass Ihre Behandlung fachgerecht und Ihrem Anliegen entsprechend erfolgen kann, bitten wir Sie die Fragen auf der Rückseite genau zu beantworten.

Persönliche Angaben:

Name: _____
Vorname: _____
Strasse: _____
PLZ: _____ Wohnort: _____
Geburtsdatum: _____
Beruf: _____
Tel. Privat: _____ Mobile: _____
E-Mail: _____
Hausarzt: _____

Beziehen Sie Ergänzungsleistungen? ja nein

Beziehen Sie Sozialhilfe? ja nein

Bei Kindern unter 18 Jahren:

Erziehungsberechtigte(r):

Name: _____

Vorname: _____

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine angegebenen Daten zur Rechnungsstellung, für das Inkasso und die Buchführung an die von Ihnen beauftragten Personen oder Institutionen weitergegeben werden dürfen.

Datum, Unterschrift: _____

Gesundheitsfragen:	Ja	Nein
1. Waren Sie während den letzten zwölf Monaten in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Waren Sie in den letzten zehn Jahren im Spital? Wenn ja, warum? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Leiden Sie an einer Überempfindlichkeit oder Allergie? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Neigen Sie zu Blutungen oder nehmen blutverdünnende Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Leiden Sie an einem Herzfehler oder hatten eine Operation am Herzen? Wenn ja, benötigen Sie eine Endokarditisprophylaxe?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. Ist Ihr Blutdruck <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> zu tief <input type="checkbox"/> zu hoch		
8. Litten oder leiden Sie an einem der folgenden Punkte?		
• Diabetes (Zuckerkrankheit) oder anderen Stoffwechselerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Erkrankungen der Atemorgane (z.B. Asthma)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Magen- und/oder Darmerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Rheumatischen Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hepatitis (Gelbsucht)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Tuberkulose (TBC)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Krebs (Tumorerkrankungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Psychischen Erkrankung? Wenn ja, waren/sind Sie diesbezüglich in Therapie?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
• HIV/AIDS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Osteoporose oder erhalten Sie Medikamente gegen Knochenentkalkung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Haben Sie ein künstliches Gelenk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Für Patientinnen: Besteht aktuell eine Schwangerschaft oder stillen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum, Unterschrift: _____