



FRAGEN ZUM GESUNDHEITSTATUS

Name, Vorname:	Geb.-Datum:
-----------------------	--------------------

Lieber Patient,

Der folgende Fragebogen hilft uns einen Überblick über ihren Gesundheitszustand und ggf. Vorerkrankungen zu erlangen. Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt und nicht an dritte weitergegeben. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Wurde bei Ihnen ein oder mehrere der unten genannten Erkrankungen diagnostiziert bzw. besteht der Verdacht darauf?

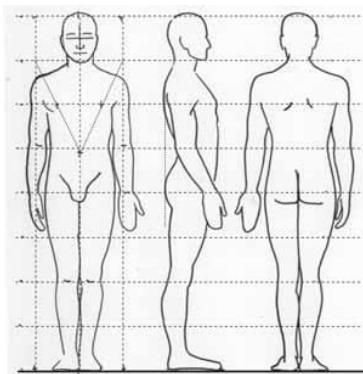
	JA	NEIN
Herzerkrankungen (z.B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzinsuffizienz, etc.)? <i>Wenn ja, welche?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefäßerkrankungen (z.B. PAVK, Schaufensterkrankheit / Claudicatio intermittens, Arteriosklerose, Thrombose, etc.) <i>Wenn ja, welche?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen- / Darmerkrankungen? <i>Wenn ja, welche?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen / Harnwegserkrankungen (z.B. Nierenstein, etc.) <i>Wenn ja, welche?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemwegserkrankungen (z.B. Asthma, COPD, Lungenemphysem, Bronchitis, etc.)? <i>Wenn ja, welche?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten / Haben Sie osteoporotische Frakturen? <i>Wenn ja, wo?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie verstärkt an Knochenbrüchen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arthrose, Rheuma <i>Wo? Welches Körperteil betrifft es?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologische Erkrankungen (z.B. Schlaganfall, Gehirnblutung, Multiple Sklerose, Parkinson, etc.)? <i>Wenn ja, welche?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hauterkrankungen? (z.B. Melanom,...) <i>Wenn ja, welche?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ödem? <i>Wenn ja, wo?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	JA	NEIN



FRAGEN ZUM GESUNDHEITSTATUS

Diabetes Mellitus (Zucker)?		
Epilepsie?		
Haben oder hatten Sie Krebs? <i>Wenn ja, wann und wo?</i>		
Allergien? <i>Wenn ja, welche?</i>		
Hepatitis?		
HIV?		
Haben Sie sich Operationen unterziehen müssen? <i>Wenn ja, welche und wann?</i>		
Haben Sie künstliche Gelenke? <i>Wenn ja, welche?</i>		
Treiben Sie Sport? <i>Welchen Sport betreiben Sie und wie oft?</i>		
Nehmen Sie Medikamente? <i>(wenn ja, bitte in folgende Tabelle eintragen!)</i>		

Wogegen?	Name des Medikaments	Wie oft?



X1:
X2:
X3:
X4:
X5:

Bitte zeichnen Sie in das Bild Ihre Einschränkungen/Schmerzen ein. Markieren Sie den Haupteinschränkung/schmerz mit X1 und beschreiben Sie knapp wann die Einschränkung auftritt.