

FRAGEBOGEN ZUR GESUNDHEITSVORSORGE

Name | Vorname

Geburtsdatum

SIND FOLGENDE ERKRANKUNGEN BEI IHNEN ODER IN IHRER FAMILIE BEKANNT? BITTE KREUZEN SIE AN.

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Rücken-/Gelenkerkrankungen | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufkrankungen | <input type="checkbox"/> Magen-Darm | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung (z.B. Zuckerkrankheit) |
| <input type="checkbox"/> Blase-Nieren | <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen | <input type="checkbox"/> Sonstige |

Größe (cm)

Gewicht (kg)

BESTEHEN PERSÖNLICHE RISIKOFAKTOREN? BITTE KREUZEN SIE AN.

- Nikotin Ja Nein
- Alkohol Ja (regelmäßig z.B. täglich 1 Bier) unregelmäßig Nein

Ort | Datum

Unterschrift des Patienten