**Gesundheitsfragebogen für**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Bitte kreuzen Sie die entsprechende Antwort an: Ja Nein**

**Ihre Angaben unterstehen dem Arztgeheimnis und werden streng vertraulich behandelt.**

1. Waren Sie in den letzten 3 Monaten im Spital oder ambulant in ärztlicher Behandlung? O O

Wenn ja, aufgrund welcher Krankheit?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Nehmen Sie zur Zeit regelmässig Medikamente ein? O O

Wenn ja, welche?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Nehmen Sie Blutverdünner oder neigen Sie zu Blutungen? O O

4. Haben oder hatten Sie Hepatitis? (Gelbsucht) O O

5. Sind Sie HIV positiv ? O O

6. Haben oder hatten Sie andere schwere Infektionen (z.Bsp. Tuberkulose)? O O

6. Reagieren Sie überempfindlich (allergisch) auf Nahrungsmittel, Medikamente(z.Bsp. Penicillin) oder Spritzen usw.? O O

7. Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten

-Herz-/Kreislauferkrankungen O O

Falls ja, welche?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Erkrankungen der Atemorgane O O

Falls ja, welche?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

-Zuckerkrankheit (Diabetes) O O

-Epilepsie O O

-Magen- oder Darmgeschwüre O O

-andere ernsthafte Erkrankungen O O

Falls ja, welche?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Tragen Sie Gelenkprothesen oder Herzschrittmacher? O O

9. Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ O O

10. Für Patientinnen: sind Sie schwanger? O O

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Herzlichen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!**