



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?
Wenn ja, aufgrund welcher Krankheit? _____

2. Nehmen Sie zur Zeit regelmässig Medikamente ein?
Wenn ja, welche? _____

3. Nehmen Sie Blutverdünner oder neigen Sie zu Blutungen?

4. Haben oder hatten Sie Hepatitis? (Gelbsucht)

5. Sind Sie HIV positiv ?

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

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

7. Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten

-Herz-/Kreislaufkrankungen

Falls ja, welche? _____

- Erkrankungen der Atemorgane

Falls ja, welche? _____

-Zuckerkrankheit (Diabetes)

-Epilepsie

-Magen- oder Darmgeschwüre

-andere ernsthafte Erkrankungen

Falls ja, welche? _____

9. Tragen Sie Gelenkprothesen oder Herzschrittmacher?

9. Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel? _____

10. Für Patientinnen: sind Sie schwanger?

Datum: _____ Unterschrift: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Herzlichen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!