



## 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?<br>Wenn ja, aufgrund welcher Krankheit? _____ | O | O |
| 2. Nehmen Sie zur Zeit regelmässig Medikamente ein?<br>Wenn ja, welche? _____   | O | O |
| 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-/Kreislaufkrankungen  | 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: \_\_\_\_\_

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

