

## Gesundheitsfragebogen für neue Patient/innen

Liebe Patientin, lieber Patient

Um Ihnen eine möglichst gute Betreuung zukommen zu lassen, bitten wir Sie, vor der ersten Untersuchung bei Ihrem/Ihrer Hausarzt/ärztin folgende Fragen möglichst vollständig zu beantworten:

| Leiden Sie an Erkrankungen                                                                  | Ja                       | Nein                     | Wenn ja, welche/wann? |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------|
| ▪ des Herzens oder des Kreislaufs (Blutdruck, Rhythmusstörungen, Thrombose, Lungenembolie)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                       |
| ▪ der Lunge oder der Atmung?                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                       |
| ▪ des Magens, des Darms, der Leber oder der Galle?                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                       |
| ▪ der Niere und/oder der Blase?                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                       |
| ▪ des Kopfes oder des Nervensystems (Epilepsie, MS, Parkinson, Demenz)?                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                       |
| ▪ des Stoffwechsels (Zuckererkrankung, Schilddrüse etc.)?                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                       |
| ▪ der Geschlechtsorgane oder der Sexualfunktion?                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                       |
| ▪ des Bewegungsapparats, der Muskeln oder des Rückens?                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                       |
| ▪ an einer Tumorerkrankung?                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                       |
| Sind oder waren Sie in Behandlung bei einem Psychiater/Psychologen?                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                       |
| Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, wieviel?                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                       |
| Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel?                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                       |

|                                                                                                                                                                                                               | Ja                       | Nein                     | Wenn ja, welche/wann?                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nehmen/Nahmen Sie Drogen ein?                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                       |
| Treiben Sie regelmässig Sport? Wenn ja, was für ein Sport?                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                       |
| Nehmen Sie Medikamente ein?                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                       |
| Hatten Sie Operationen, Unfälle oder schwere Erkrankungen?                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                       |
| Leiden Sie an einer Allergie?                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                       |
| Hatten Sie bereits Impfungen?                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                       |
| Gibt es Erkrankungen bei Ihren Eltern oder Geschwistern wie Herzerkrankung, Hirnschlag, Epilepsie, Tumore, Diabetes, hoher Blutdruck, andere?                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                                     |
| Sind Sie alleinstehend?                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Falls Nein:</b><br>Leben Sie mit Partner/in zusammen?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Dürfen wir Unterlagen bei Ihrem bisherigen Hausarzt/in, Frauenarzt/in und Spitälern sowie anderen behandelnden Personen anfordern?                                                                            |                          |                          | Name/n und Adressen:                                                                                                  |
| Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich alle medizinischen Angaben vollständig und wahrheitsgetreu der untersuchenden Ärztin/dem untersuchenden Arzt berichtet habe.<br><br>Weitere wichtige Angaben: |                          |                          |                                                                                                                       |

Name /Vorname: \_\_\_\_\_

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