

Fragebogen

Herr / Frau

Name _____ Vorname _____
Geburtsdatum _____
Strasse _____
Postleitzahl _____ Ort _____
Tel. Privat _____ Beruf _____
Arbeitgeber _____ Tel. Geschäft _____
E-Mail _____ Mobile _____

Bei Kindern: Name der Mutter / des Vaters

Grund der Konsultation _____
Empfohlen / Überwiesen durch _____
Hausarzt _____

Datum _____ Unterschrift _____

Alle Ihre Angaben unterstehen dem Arztgeheimnis

- Waren Sie während der letzten Jahre im Spital oder in ärztlicher Behandlung? Ja Nein
- Nahmen Sie in den letzten Wochen irgendwelche Medikamente regelmässig ein? Ja Nein
- Hatten Sie je eine ungewöhnliche Reaktion auf Spritzen oder Medikamente? Ja Nein
- Hatten Sie oder haben Sie:
- Schwierigkeiten mit langem Bluten, brauchen Sie Blutverdünner? Ja Nein
 - Herz- oder Kreislaufstörungen? Ja Nein
 - Blutkrankheiten? Ja Nein
 - Zuckerkrankheiten? Ja Nein
 - Asthma, Heuschnupfen oder andere Allergien (z.B. Penizillin etc.)? Ja Nein
 - Schweres Rheuma? Ja Nein
 - Eine andere ernsthafte Erkrankung? Schwere Infektionskrankheiten? Ja Nein
- Frauen: Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? Ja Nein