

Name / Vorname / Geburtsdatum: _____

Medizinischer Fragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient

Um Ihnen eine möglichst gute Betreuung zukommen zu lassen, bitten wir Sie, vor dem ersten Termin folgende Fragen zu beantworten:

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

	Ja	Nein	Wenn ja, welche/wann?
Nehmen/Nahmen Sie Drogen ein?			
Treiben Sie regelmässig Sport? Wenn ja, was für ein Sport?	☐	☐	
Nehmen Sie Medikamente ein?	☐	☐	
Hatten Sie Operationen, Unfälle oder schwere Erkrankungen?	☐	☐	
Leiden Sie an einer Allergie?	☐	☐	
Hatten Sie bereits Impfungen?	☐	☐	
Gibt es Erkrankungen bei Ihren Eltern oder Geschwistern wie Herzerkrankung, Hirnschlag, Epilepsie, Tumore, Diabetes, hoher Blutdruck, andere?	☐	☐	
Sind Sie alleinstehend?	☐	☐	Falls Nein: Leben Sie mit Partner/in zusammen? ☐ Ja ☐ Nein
Weitere wichtige Angaben:			

Wir danken Ihnen für Ihre wertvolle Mitarbeit.

Ihr Sanacare-Team