

Fragebogen für Patientinnen / Patienten

Name

Vorname

Geburtsdatum

Hausarzt, Name und Adresse

Ich wünsche Berichtskopien an folgende Ärzte:

Wurden Sie schon einmal operiert?

Ja

Nein

Operation	Klinik	Jahr	Arzt

Haben Sie andere Krankheiten?

Bluthochdruck

Ja

Nein

Diabetes

Ja

Nein

Herz-Krankheiten

Ja

Nein

Allergien

Ja

Nein

Welche? _____

Nikotin

Ja

Nein

Blutverdünnung

Ja

Nein

Welche? _____

Medikamente

Ja

Nein

Welche?

Bemerkungen

Datum

Unterschrift
