

**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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_