

## Gesundheitsfragebogen für neue Patient/innen bei Centramed

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"/> |   |
| 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?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Name/n und Adressen:  |
| <p>Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich alle medizinischen Angaben vollständig und wahrheitsgetreu der untersuchenden Ärztin/dem untersuchenden Arzt berichtet habe.</p> <p>Weitere wichtige Angaben:</p> |                          |                          |   |

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

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

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit.

Ihr Centramed-Team