

Checkfragebogen für Patienten

Name:

---

Geb.-Dat.:

---

Patienten-Nr.:

---

Wie groß sind Sie? \_\_\_\_\_ cm

Wie schwer sind Sie? \_\_\_\_\_ kg

Rauchen Sie?

Ja

Nein

Wenn ja, was? \_\_\_\_\_

Wenn ja, wie viele? \_\_\_\_\_ / Tag

Wenn ja, wie lange? \_\_\_\_\_ Jahre

Haben Sie Diabetes?

Ja

Nein

Hatten Verwandte 1. Grades (Eltern oder Geschwister) vor dem 60. Lebensjahr einen Herzinfarkt?

Ja

Nein

Wenn ja, wer? \_\_\_\_\_

Hatten Verwandte 1. Grades (Eltern oder Geschwister) eine Krebserkrankung?

Ja

Nein

Wenn ja, wer? \_\_\_\_\_

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.