

## Checkfragebogen für Patienten

Name:

\_\_\_\_\_

Geb.-Dat.:

\_\_\_\_\_

Patienten-Nr.:

\_\_\_\_\_

Wie groß sind Sie? \_\_\_\_\_ cm

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

Rauchen Sie?

Ja

Nein

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? \_\_\_\_\_