



Gesundheitsfragebogen

Persönliche Daten

Frau	Herr	_____	Krankenkasse	_____
	Firma	_____		
Titel	Vorname	_____	Versichertennummer	_____
			Telefon (tagsüber)	_____
Straße und Hausnummer			Telefon (abends)	_____
PLZ	Ort	_____	Fax	_____
<input type="text"/>			E-Mail	_____
Kunden-Nr. (falls vorhanden)		Geburtsdatum		

Folgende Erkrankungen sind bei mir diagnostiziert worden:

- | | | |
|-------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Asthma Bronchiale | Herz-Kreislauf-Erkrankungen | Magenerkrankungen |
| Bluthochdruck | Glaukom | Nierenerkrankungen |
| Diabetes | Lebererkrankungen | Schilddrüsenerkrankungen |

Raum für eigene Eintragungen

Folgende Arzneimittel nehme ich ein:

Nehmen Sie Schmerzmittel?
ja nein

Nehmen Sie Blutverdünner?
ja nein

Nehmen Sie Kontrazeptiva (Antibabypille)?
ja nein

PZN*

Bezeichnung/Wirkstärke

Einnahme
regelmäßig gelegentlich

PZN*	Bezeichnung/Wirkstärke	Einnahme regelmäßig gelegentlich
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

* Die 7-stellige PharmaZentralNummer finden Sie auf der Arzneimittelpackung, in der Nähe des Strichcodes

Auf folgende Stoffe / Arzneimittel reagiere ich überempfindlich / allergisch:

Allergiepass (Kopie liegt bei)

Schwangerschaft / Stillzeit:

ich bin schwanger

ich stille

Allgemeine Angaben:

Größe: _____ cm

Gewicht: _____ kg

Ort, Datum

Unterschrift