



Arztbesuch

PATIENTENBRIEF GUTE PILLEN – SCHLECHTE PILLEN

Fragebogen zur Vorbereitung des Arztbesuchs

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Vorerkrankungen:

Bluthochdruck ja nein

Zuckerkrankheit (Diabetes) ja nein

Fettstoffwechselerkrankung (Cholesterin) ja nein

Herzkrankheit ja nein

Asthma ja nein

Tumorerkrankung ja nein

Andere Erkrankungen: _____

Größere Operationen: _____

Sonstiges:

Allergien, welche: _____

Unverträglichkeiten gegen Medikamente, welche: _____

Raucher ja nein wieviele pro Tag _____

Alkohol ja nein wieviel pro Tag _____

Impfschutz

Impfpass vorhanden (bitte mitbringen) ja nein

bitte wenden



Arztbesuch

PATIENTENBRIEF GUTE PILLEN – SCHLECHTE PILLEN

Fragebogen zur Vorbereitung des Arztbesuchs (Fortsetzung)

Name:

Vorname:

Augenblickliche Beschwerden:

Ich nehme zur Zeit folgende Medikamente:

Krankheiten in der Familie

| | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Bluthochdruck | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Zuckerkrankheit (Diabetes) | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Fettstoffwechselerkrankung (Cholesterin) | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Herzkrankheit | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Asthma | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Tumorerkrankung | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

Fragen an den Arzt /die Ärztin:

Sie können sich diesen Fragebogen auch aus dem Internet holen und ausdrucken www.gutepillen-schlechtepillen.de