



FRAGEBOGEN ZUR VORGESCHICHTE

1 / 2

Name

Vorname

Geb. Datum

Straße

PLZ, Wohnort

Tel. Nr.

Beruf

Arbeitgeber

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? wenn ja , welche? ja nein

Rauchen Sie? wenn, wieviel? ja nein

Trinken Sie Alkohol? Wieviel? ja nein

Nahmen oder nehmen Sie Drogen? ja nein

Trafen oder treffen für Sie gegenwärtig eine oder mehrere Tatsachen für Sie zu?

Häufige Kopfschmerzen, Migräne ja nein

Schwindel, Ohnmachtsanfälle, Reisekrankheit ja nein

Kopf- oder sonstiger Unfall ja nein

Bewusstseinsstörungen oder Bewusstlosigkeit ja nein

Augenbeschwerden, Brille ja nein



FRAGEBOGEN ZUR VORGESCHICHTE

2 / 2

Ohrenbeschwerden	ja	nein
Heuschnupfen, Allergien	ja	nein
Herzbeschwerden	ja	nein
Erniedrigter / erhöhter Blutdruck	ja	nein
Magen- / Darmbeschwerden	ja	nein
Stoffwechselerkrankungen, z. B. Zuckerkrankheit	ja	nein
Schilddrüsenerkrankungen	ja	nein
Nierensteine, Blut i Urin	ja	nein
Zucker / Eiweiß im Urin	ja	nein
Epilepsie, Anfallsleiden	ja	nein
Nervliche Beschwerden, psychische Erkrankungen	ja	nein
Selbsttötungsversuch	ja	nein
Wirbelsäulen- / Gelenkerkrankungen	ja	nein
Hauterkrankungen, Hautausschläge	ja	nein
Arbeitsunfälle, Nadelstichverletzungen	ja	nein
Sonstige Erkrankungen, nach denen nicht ausdrücklich gefragt wurde		

Operationen

Hausarzt

Hamburg

Unterschrift