Gesundheitspraxis Andrea Ledergerber Talmattring 3 / 5037 Muhen

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fragen zu Ihrer Gesundheit** | | | |
| *Mit* ***X*** *ankreuzen* | **Ja** | **Nein** | **Bemerkungen** |
|  | **x** | **x** |  |
| Waren Sie in letzter Zeit krank, in ärztlicher Behandlung oder im Spital? |  |  |  |
| Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? Wenn ja, welche? |  |  |  |
| Nehmen Sie Medikamente, die den Knochenstoffwechsel beeinflussen (antiresorptive Therapie)? |  |  |  |
| Hatten Sie jemals eine ernsthafte Erkrankung oder Operation?  Wenn ja, welche? |  |  |  |
| Konsumieren Sie Tabakprodukte? |  |  |  |
| **Für Frauen:** Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? |  |  |  |
| **Leiden Sie an einer der nachfolgend aufgeführten Erkrankungen** |
| Allergien? |  |  |  |
| Herzerkrankungen? |  |  |  |
| Leiden Sie an einem zu hohen oder zu niedrigen Blutdruck? |  |  |  |
| Zuckerkrankheit? (Diabetes) |  |  |  |
| Leber- und Nierenerkrankungen? |  |  |  |
| Magen- und Darmerkrankungen? |  |  |  |
| Atemwegs- und Lungenerkrankungen? |  |  |  |
| Haben Sie Osteoporose? |  |  |  |
| Haben Sie Krampfadern / Thrombosen / Thrombophlebitis? |  |  |  |
| Leiden Sie an einer Erkrankung, die hier nicht aufgeführt wurde? |  |  |  |

gesundheitspraxis-ledergerber.ch

|  |  |
| --- | --- |
| Name | Vorname |
| Geburtsdatum | Geschlecht  m  w |
| Strasse | PLZ / Ort |
| Telefon privat | Telefon Geschäft |
| Natel | E-Mail |
| Beruf | Verordnung  ja  nein |
| Hausarzt | Krankenkasse |
| Ort | Ort |

Datum / Ort Unterschrift