



Koblenz, \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie haben sich für eine Gesundheitsvorsorge entschieden. Um Ihr persönliches Gesundheitsrisiko abzuschätzen und einen reibungslosen Ablauf zu gewährleisten bitten wir Sie den Fragebogen gewissenhaft auszufüllen. Die meisten Fragen lassen sich auch anhand der Krankenakte erkennen. Um zukünftige Behandlungsfehler zu vermeiden ist es uns wichtig in regelmäßigen Abständen unsere Daten auf Aktualität zu überprüfen.

**Persönliche Angaben:**

Vorname		Nachname	
Geburtsdatum		Telefon privat	
Telefon beruflich		Mobiltelefon	
Telefon im Notfall		E-Mail	
Beruf		Größe/Gewicht	

**Fragen zu Ihrem Individuellen Risiko:**

	Ja	nein	
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja wieviel? ____ Anzahl Jahre? _____
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	An wie vielen Tagen der Woche? _____
Hatten Ihre Eltern oder Geschwister einen Herzinfarkt, bei Männern vor dem 55. oder Frauen vor dem 65. Lebensjahr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hatten Ihre Eltern oder Geschwister eine Darmkrebserkrankung oder Darmpolypen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ist bei Ihnen schon einmal eine Darmspiegelung durchgeführt worden? Wenn ja, wann zuletzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie eine Patientenverfügung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gewichtsveränderung in den letzten 6 Monaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja wie viel +/- ?
Treiben Sie Sport?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja wie oft/Woche

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben!

Koblenz, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_