

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Datum:

Alle mündlichen und schriftlichen Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.
Dieser Fragebogen darf nur für Untersuchungen/Beratungen bei Herrn Dr. Caner Takur verwendet werden.

Name, Vorname, Geb. Dat.: _____

Straße, PLZ, Ort: _____

Haben oder hatten Ihre Eltern oder Geschwister folgende Krankheiten:

	nein	ja			nein	ja	
Bluthochdruck				Herz-Kreislauf			
Asthma				Haut			
Zucker				Andere Leiden			

Stehen Sie noch oder standen Sie früher in ärztlicher Behandlung wegen:

	nein	ja			nein	ja	
der Augen				des Unterleibs			
der Ohren				der Nerven			
des Herzens				der Haut			
der Lunge				der Bronchien			
der Leber oder Galle				des Magens oder Darms			
der Wirbelsäule				der Gelenke			
einer Allergie				einer Vergiftung			
einer Zuckerkrankheit				einer Tuberkulose			
eines Bluthochdruckes				Tagesmüdigkeit			

Haben Sie zurzeit:

	nein	ja			nein	ja	
Sehstörungen				Hörstörungen			
Husten oder Auswurf				Atemnot			
Herzschmerzen				Rückenschmerzen			
Gelenkschmerzen				Magen-Darmstörungen			
Kopfschmerzen				Augenschmerzen			
andere Beschwerden			welche?				

Tragen Sie bei der Arbeit:

	nein	ja			nein	ja					
Atemschutzmaske				Gehörschutz							
Handschuhe				Schutzhelm							
Sicherheitsschuhe				Arbeitsschutzbrille							
	nein	ja									
Nehmen Sie zurzeit Medikamente?			welche?								
Sind Sie Raucher?											
Wie häufig trinken Sie Alkohol (Getränke wie Bier, Wein, usw.)?											