

FRAGEBOGEN

Name _____ Vorname _____

Straße – Hausnummer _____

Postleitzahl – Ort _____

Geburtsdatum _____ Telefon _____ E-Mail _____

BITTE ZUTREFFENDES ANKREUZEN UND FREITEXT ERGÄNZEN

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Atmung	<input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Auswurf <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit <input type="checkbox"/> Atemaussetzer im Schlaf
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Herz – Kreislauf	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen <input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Brustschmerzen – Brustenge <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Stoffwechsel	<input type="checkbox"/> Diabetes („Zuckerkrankheit“) <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Nerven – Psyche	<input type="checkbox"/> Krampfanfälle <input type="checkbox"/> Nervenerkrankungen <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Ohnmacht <input type="checkbox"/> Angststörung <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Schlafstörungen
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Rücken – Gelenke	<input type="checkbox"/> anhaltende Gelenkschmerzen <input type="checkbox"/> anhaltende Rückenschmerzen <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Haut	<input type="checkbox"/> Schuppenflechte <input type="checkbox"/> Neurodermitis <input type="checkbox"/> Hautprobleme an den Händen
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Erkrankungen der Bauchorgane	<input type="checkbox"/> Magen <input type="checkbox"/> Darm <input type="checkbox"/> Leber <input type="checkbox"/> Niere
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Augen – Ohren	<input type="checkbox"/> Brille oder Kontaktlinsen <input type="checkbox"/> Rot-Grün-Schwäche <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit <input type="checkbox"/> Hörgeräte
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Blut – Abwehr – Infektionen	<input type="checkbox"/> Blutarmut <input type="checkbox"/> Immunschwäche <input type="checkbox"/> Hepatitis („Gelbsucht“) <input type="checkbox"/> andere Infektionen
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Sonstige Erkrankungen oder wesentliche Operationen: _____	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Allergien _____	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Medikamente _____	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Anerkannter Grad der Behinderung _____	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Rauchen	<input type="checkbox"/> _____ Zigaretten – Tag <input type="checkbox"/> Shisha <input type="checkbox"/> E-Zigarette
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Alkohol	<input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Drogen _____	

Ort – Datum _____

Unterschrift _____