



NAME:.....

**Gesundheitsfragebogen**

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

1. Waren Sie schon als Patient in einem Krankenhaus? ja nein  
Wenn ja, warum? \_\_\_\_\_  
Unfälle: \_\_\_\_\_
2. Waren Sie schon einmal an Tuberkulose erkrankt? ja nein
3. Sind Sie Zuckerkrank? ja nein
4. Müssen Sie regelmäßig Medikamente nehmen? ja nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
5. Ist Ihr Hörvermögen sehr gut? ja nein
6. Ist Ihr Sehvermögen sehr gut? ja nein  
Tragen Sie Kontaktlinsen? ja nein
7. Sind Sie gegen einen bestimmten Stoff überempfindlich? ja nein  
Wenn ja, gegen welchen \_\_\_\_\_
8. Rauchen Sie? ja nein  
Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich: \_\_\_\_\_
9. Wie oft konsumieren Sie alkoholische Getränke?  
mehrmals täglich      täglich      manchmal      selten      nie
10. Leiden sie an einer Anfallskrankheit? ja nein  
Wenn ja an welcher? \_\_\_\_\_
11. Hatten sie schon einmal Migräne? ja nein  
öfter ja nein
12. Waren Sie wegen einem seelischen Problem in stationärer Behandlung ja nein  
ambulanten Behandlung ja nein
13. Haben Sie öfters Rückenschmerzen? ja nein  
Wenn ja, unter welchen Umständen? \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift