

Fragebogen zur Gesundheit – Mann

(Bitte gut leserlich ausfüllen)

Name	Vorname	Geburtsdatum
Adresse	PLZ / Ort	Aktueller Beruf (Pensum %)
Tel./ Mobile	Aktuelle Krankenkasse inkl. Karten-Nr. 807	Allgemein Halbprivat Privat
Grösse / Gewicht	E-Mail	
Urologe / Ort		Hausarzt / Ort
Wurden Sie in letzter Zeit ärztlich behandelt? Weshalb?		
Haben Sie Allergien?		
Haben oder hatten Sie eines der folgenden Leiden? <input type="checkbox"/> Herzleiden <input type="checkbox"/> Neigung zu Thrombosen <input type="checkbox"/> Lungenleiden <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankungen <input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankungen <input type="checkbox"/> Nierenleiden <input type="checkbox"/> Rheuma/-Gelenkerkrankungen <input type="checkbox"/> Familiär vererbte Krankheiten <input type="checkbox"/> Prostata- / Hodenkrebs in der Familie <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörungen <input type="checkbox"/> Krankheiten des Nervensystems <input type="checkbox"/> Psychische Krankheiten <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten <input type="checkbox"/> Keine der Genannten Falls ja, bitte hier beschreiben:		

Operationen? Welche, wann?
Rauchen Sie? Wenn ja wieviel?
Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, wieviel?
Nahmen/nehmen Sie Drogen? Wenn ja, welche?
Nehmen Sie regelmässige Medikamente ein? Wenn Ja, welche? Dosierungsangaben:
Bemerkungen:

E-mails von Admira werden verschlüsselt (HIN) versendet (2-Faktor-Authentifizierung erforderlich!).
Ich verzichte auf die Verschlüsselung der an mich gesendeten E-mails.

Hiermit bestätige ich, dass alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäss sind.

Ort, Datum

Unterschrift:

nicht erforderlich bei elektronischer Übermittlung
