

Fragebogen zur Gesundheit – Mann

Name	Vorname	Geburtsdatum
Adresse	PLZ/Ort	Beruf
Tel.	Mobile	Krankenkasse
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?		
☐ Neigung zu Thrombosen ☐ Gerinnungsstörungen ☐ Krebserkrankung ☐ Prostata-, Hodenkrebs in der Familie ☐ Erbkrankheiten	☐ Stoffwechselerkrankungen ☐ Psychische Krankheiten ☐ Krankheiten des Nervensystems ☐ Infektionskrankheiten ☐ Windpocken/Varizellen ☐ Rheuma/-Gelenkerkrankungen	☐ Herzleiden ☐ Lungenleiden ☐ Magen-Darm-Erkrankungen ☐ Nierenleiden ☐ Keine der Genannten
Operationen? Welche, wann?		
Rauchen Sie? Wenn ja wieviel?		
Trinken Sie Alkohol? Wenn ja wieviel?		
Nehmen/nehmen Sie Drogen? Welche?		
Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? Welche?		
Bemerkungen		

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

Datum und Unterschrift:

Name	Dokumenten-ID	Autor/Prüfer	Datum	Version
Fragebogen Mann	Adm/Form/2/1.1	DRE/MFA	18.8.19	2