



<b>FEV G25 G 41 Fragebogen</b>		
Name	Vorname	Geb.-Datum
Wohnort	Straße	Tel.

	Ja	Nein	?	Bemerkung
<b>Erkrankung des Herzens</b>				
Hatten Sie einen Herzinfarkt?				
Leiden Sie unter Herzrasen mit Schwindel?				
Haben Sie Rhythmusstörungen?				
Leiden Sie plötzlich und wiederholt unter dem Gefühl von Herzenge?				
Leiden Sie unter <b>Bluthochdruck</b> ?				
<b>Lungen-/Bronchialerkrankungen</b>				
Leiden Sie unter häufigen und schweren Asthmaanfällen?				
Haben Sie häufig Anfälle mit Atemnot?				
<b>Zustände mit Bewusstlosigkeit/Bewusstseinsbeschränkung</b>				
Sind Sie schon einmal bewusstlos gewesen?				
Leiden Sie unter Schlafapnoe mit Tagesmüdigkeit? (wenn ja, wann war Ihre letzte Kontrolluntersuchung?)				
Hatten Sie einen Schlaganfall?				
Leiden Sie unter Epilepsie? (wenn ja, wann war Ihr letzter Anfall?)				
<b>Stoffwechselerkrankungen</b>				
Haben Sie Diabetes?				
Nehmen Sie dafür Medikamente? (bitte unter Medikamente eintragen)				
Haben/hatten Sie schwere Unterzuckerungen? (wenn ja, merken Sie die Warnsymptome?)				
Haben Sie eine Schilddrüsenfunktionsstörung?				
Sonstiges?				

	Ja	Nein	?	Bemerkung
<b>Nierenerkrankungen</b>				
Leiden Sie unter einer Fehlfunktion der Nieren?				
Besteht eine dialysepflichtige Nierenerkrankung?				
Sonstiges?				
<b>Psychische Erkrankung</b>				
Leiden Sie unter einer psychischen Erkrankung (z.B. Depression, Angststörung mit Panikattacken, Suchterkrankung)?				
Haben Sie Selbstmordgedanken?				
Sonstiges?				
<b>Hör- und Gleichgewichtserkrankungen</b>				
Liegt bei Ihnen Schwerhörigkeit vor? (wenn ja, tragen Sie Hörgeräte?)				
Leiden Sie unter plötzlichem Verlust des Gleichgewichtes (z.B. durch Schwindelattacken)?				
Wurden Sie schon einmal an den Ohren operiert?				
<b>Erkrankungen der Augen</b>				
Besteht bei Ihnen Grüner Star?				
Besteht bei Ihnen Grauer Star?				
Haben Sie eine Netzhautablösung/Netzhautblutung erlitten?				
Wurden Sie schon einmal an den Augen operiert?				
<b>Trinken Sie Alkohol?</b> (bitte Mengenangabe und Häufigkeit in der Woche)				
<b>Nehmen Sie Drogen?</b> (bitte Angabe welche Art)				
<b>Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?</b>				
Psychopharmaka				
Schmerzmittel				
Beruhigungsmittel				
Diabetesmedikamente (inkl. Insulin)				
Sonstige				
Leiden Sie unter <b>ernsteren Erkrankungen, nach denen hier nicht ausdrücklich gefragt wurde</b> ?				
<p>Ich bestätige, dass ich die Angaben wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet habe.</p> <p>Datum: _____ Unterschrift: _____</p>				