Österreichische Gesundheitskasse

Allgemeine Gesundheitsfragen

Familien- und Vorname: _____

Sozialversicherungsnummer: _____ **Geb.Datum:** _____

Tel.Nr.: _____ **E-Mail:** _____

Wohnadresse: _____

Größe: _____ cm **Gewicht:** _____ kg

Ungewollte Gewichtsabnahme in den letzten 6 Monaten? ☐ nein ☐ ja, _____ kg

Beschwerden/Symptome (z.B. Schmerzen, Fieber, Atemnot,…): _____

Beginn: _____ Auslöser: _____ erstmalig: ☐ nein ☐ ja

Frühere Erkrankungen
(z.B. Diabetes, Herzinfarkt, Schlaganfall, Thrombosen,…):

_____

_____

Frühere Operationen (wann?):

_____

_____

Allergien/Unverträglichkeiten:

_____

_____

Haben Sie Probleme beim Stuhlgang? ☐ nein ☐ ja

Haben Sie Probleme beim Harnlassen? ☐ nein ☐ ja

Haben Sie eine ansteckende Erkrankung
(z.B. Hepatitis, HIV,…)? ☐ nein ☐ ja

Nikotin? ☐ nein ☐ ja _____ pro Tag

Alkohol? ☐ täglich ☐ mehrmals pro Woche ☐ mehrmals pro Monat ☐ selten ☐ nie

Bewegung/Sport? ☐ > 3 Std pro Woche ☐ 1-3 Std pro Woche ☐ <1 Std pro Woche

Medikamente (z.B. Thrombo Ass 100mg 1-0-0):

_____

_____

Spritzen Sie Insulin? ☐ nein ☐ ja, seit _____.

Nehmen Sie etwas zur Blutverdünnung? ☐ nein ☐ ja, seit _____.

_____

Datum und Unterschrift

Informationen nach Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung betreffend die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie auf unserer Website unter www.gesundheitskasse.at/datenschutz