

# tip doc

## Questionnaire Fragebogen



ENGLISH  
DEUTSCH

Please fill in the attached questionnaire. Be so kind and answer all questions completely, regardless of whether you consider them important for your current problem or not.

Füllen Sie den Fragebogen bitte aus. Beantworten Sie bitte alle Fragen vollständig, egal, ob Sie es für Ihr aktuelles Problem für wichtig erachten oder nicht.

01. Name • Name ..... e-Mail .....  
marital status • Familienstand ..... tel./mobile • Tel./Handy .....  
job/company name • Beruf/Firma ..... children • Kinder .....

02. Please describe your present problems! • Bitte schildern Sie Ihre jetzigen Beschwerden!

.....

03. Which other diseases do you have (see list below)? • Welche anderen Krankheiten haben Sie (siehe auch Liste)?

.....

04. What operations have you had (see list below)? • Welche Operationen hatten Sie (siehe auch Liste)?

.....

- |   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> heart • Herz                 | <input type="checkbox"/> stroke • Schlaganfall       | <input type="checkbox"/> high blood pressure • Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> thrombosis • Thrombose      |  |
| <input type="checkbox"/> diabetes • Zucker            | <input type="checkbox"/> thyroid gland • Schilddrüse | <input type="checkbox"/> stomach • Magen                     | <input type="checkbox"/> gall bladder • Galle        | <input type="checkbox"/> liver • Leber           |
| <input type="checkbox"/> hepatitis • Hepatitis        | <input type="checkbox"/> bowel • Darm                | <input type="checkbox"/> appendicitis • Blinddarm            | <input type="checkbox"/> haemorrhoids • Hämorrhoiden | <input type="checkbox"/> breast • Brust          |
| <input type="checkbox"/> womb • Gebärmutter           | <input type="checkbox"/> abrasio • Ausschabung       | <input type="checkbox"/> cesarean • Kaiserschnitt            | <input type="checkbox"/> kidney • Niere              | <input type="checkbox"/> bladder • Blase         |
| <input type="checkbox"/> prostate • Prostata          | <input type="checkbox"/> lung • Lunge                | <input type="checkbox"/> asthma • Asthma                     | <input type="checkbox"/> bronchitis • Bronchitis     | <input type="checkbox"/> nerves • Nerven         |
| <input type="checkbox"/> muscles • Muskeln            | <input type="checkbox"/> bones • Knochen             | <input type="checkbox"/> spine • Wirbelsäule                 | <input type="checkbox"/> joints • Gelenke            | <input type="checkbox"/> arthrosis • Arthrose    |
| <input type="checkbox"/> rheumatism • Rheuma          | <input type="checkbox"/> skin • Haut                 | <input type="checkbox"/> eyes • Augen                        | <input type="checkbox"/> tumor • Tumor               | <input type="checkbox"/> radiation • Bestrahlung |
| <input type="checkbox"/> chemotherapy • Chemotherapie |  |  |  |  |

05. What medications do you take at present? • Welche Medikamente nehmen Sie derzeit?

.....

06. Are you aware of any allergies? • Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> drugs • Medikamente ..... | <input type="checkbox"/> foods • Nahrungsmittel ..... |
| <input type="checkbox"/> pollen • Pollen .....     | <input type="checkbox"/> others • andere .....        |

07. Do you tend to • Neigen Sie zu  constipation • Verstopfung

diarrhoea • Durchfall?

08. weight • Körpergewicht ..... kg

height • Körpergröße ..... cm

Any loss in weight? • Gewichtsverlust ..... kg

Any increase in weight? • Gewichtszunahme ..... kg

Since when? • Seit wann? .....

09. Do you smoke? • Rauchen Sie? .....

How much? • Wie viel? .....

10. How much alcohol do you drink? • Wie viel Alkohol trinken Sie?

11. Which inoculations have you had? • Welche Impfungen haben Sie?

Vaccination Certificate • Impfpass – Preventive check-up card • Vorsorgeheft – Please bring it! • Bringen Sie es mit!

.....

12. Are there hereditary, tumor or metabolism (e. g. diabetes) diseases in your family? •

Gibt es Erb-, Tumor- oder Stoffwechselkrankheiten in der Familie (z. B. Zucker)?

.....

See reverse! • Hinten ist auch noch Platz!

Diseases • Krankheiten

.....

.....

.....

Operations • Operationen

.....

.....

.....

Drugs • Medikamente

.....

.....

.....

Others • Sonstiges

.....

.....

.....

Fax +49 (0) 7 11 / 63 323 62

Weitere tip-doc-Materialien und Sprachen unter [www.tipdoc.de](http://www.tipdoc.de) oder faxen Sie einfach diesen Bogen mit Ihrer Bestellung oder Ihren Wünschen.  
Adresse und gewünschte Sprache nicht vergessen!!



Kostenloser Download unter [www.medi-bild.de](http://www.medi-bild.de) **Bild und Sprache e.V.**

setzer  
verlag | ag seyfferstraße 53, 70197 stuttgart, [www.setzer-verlag.de](http://www.setzer-verlag.de), [info@setzer-verlag.de](mailto:info@setzer-verlag.de)