

# tip doc

## Questionnaire Fragebogen



FRANÇAIS  
DEUTSCH

S'il vous plaît, remplissez le questionnaire adjoint. Priez de remplir correctement toutes les questions, que vous les considérez importantes ou pas pour votre problème.

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. Nom • Name ..... e-Mail .....  
état civil • Familienstand ..... tel./portable • Telefon .....  
travail/nom de l'entreprise • Beruf/Firma ..... enfants • Kinder .....

02. S'il vous plaît décrivez vos problèmes actuels! • Bitte schildern Sie Ihre jetzigen Beschwerden!

.....

03. Avez-vous d'autres maladies? (regardez la liste ci dessus)? • Welche anderen Krankheiten haben Sie (siehe auch Liste)?

.....

04. Quelles opérations avez-vous eues (regardez la liste ci dessus)? • Welche Operationen hatten Sie (siehe auch Liste)?

.....

- |   |   |   |   |  |
|---|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> coeur • Herz                   | <input type="checkbox"/> accident vasculaire cérébrale • Schlaganfall | <input type="checkbox"/> hypertension • Bluthochdruck     | <input type="checkbox"/> thromboses • Thrombose     |  |
| <input type="checkbox"/> diabète • Zucker               | <input type="checkbox"/> glande thyroïde • Schilddrüse                | <input type="checkbox"/> estomac • Magen                  | <input type="checkbox"/> vésicule biliaire • Galle  | <input type="checkbox"/> foie • Leber            |
| <input type="checkbox"/> hépatite • Hepatitis           | <input type="checkbox"/> intestin • Darm                              | <input type="checkbox"/> appendice • Blinddarm            | <input type="checkbox"/> hémorroïdes • Hämorrhoiden | <input type="checkbox"/> sein • Brust            |
| <input type="checkbox"/> utérus • Gebärmutter           | <input type="checkbox"/> curettage • Ausschabung                      | <input type="checkbox"/> césarienne • Kaiserschnitt       | <input type="checkbox"/> rein • Niere               | <input type="checkbox"/> vessie • Blase          |
| <input type="checkbox"/> prostate • Prostata            | <input type="checkbox"/> poumons • Lunge                              | <input type="checkbox"/> asthme • Asthma                  | <input type="checkbox"/> bronchite • Bronchitis     | <input type="checkbox"/> nerfs • Nerven          |
| <input type="checkbox"/> muscles • Muskeln              | <input type="checkbox"/> os • Knochen                                 | <input type="checkbox"/> colonne vertébrale • Wirbelsäule | <input type="checkbox"/> articulations • Gelenke    | <input type="checkbox"/> arthrose • Arthrose     |
| <input type="checkbox"/> rhumatisme • Rheuma            | <input type="checkbox"/> peau • Haut                                  | <input type="checkbox"/> yeux • Augen                     | <input type="checkbox"/> tumeur • Tumor             | <input type="checkbox"/> radiation • Bestrahlung |
| <input type="checkbox"/> chimiothérapie • Chemotherapie |   |   |   |  |

05. Quels médicaments prenez vous actuellement? • Welche Medikamente nehmen Sie derzeit?

.....

06. Avez- vous des allergies? • Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> médicaments • Medikamente ..... | <input type="checkbox"/> nourriture • Nahrungsmittel ..... |
| <input type="checkbox"/> pollen • Pollen .....           | <input type="checkbox"/> autres • andere .....             |

07. Êtes-vous susceptible de souffrir • Neigen Sie zu

constipation • Verstopfung  diarrhée • Durchfall?

08. poids • Körpergewicht ..... kg

taille • Körpergröße ..... cm

Perte de poids? • Gewichtsverlust ..... kg

Avez-vous gagné du poids? • Gewichtszunahme ..... kg

Depuis quand? • Seit wann? .....

09. Est-ce que vous fumez? • Rauchen Sie? ..... Combien? • Wie viel? .....

10. Combien d'alcool consommez vous? • Wie viel Alkohol trinken Sie? .....

11. Quels vaccins avez-vous reçus? • Welche Impfungen haben Sie? Registre des vaccins • Impfpass – Carte de révision préventive • Vorsorgeheft – S'il vous plaît pouvez-vous l'emmener ! • Bringen Sie es mit!

.....

12. Est-ce qu'il y a des cas dans votre famille de maladie héréditaire, tumoral ou métabolique? •

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

.....

Tournez, il reste de la place derrière! • Hinten ist auch noch Platz!

Maladies • Krankheiten

---

---

---

Opérations • Operationen

---

---

---

Médicaments • Medikamente

---

---

---

Autres • 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)