

Medizinischer Fragebogen

Angaben zur Person

Name	Vorname	Geschlecht
		☐ Männlich ☐ Weiblich
Email	Sind Sie schwanger?	
	☐ Ja ☐ Nein	
Grösse	Gewicht	Facebook Account
Geburtsdatum		

Bitte kreuzen Sie das entsprechende Kästchen an

Erkrankungen der Leber und Bauchspeicheldrüse

☐ Hepatitis

Autres

Diabetes

☐ Ja ☐ Nein

Insulin

Medikamente ?

Krebs

☐ Ja ☐ Nein

Welche Organe

☐ Operiert ☐ Strahlentherapie ☐ Chemotherapie

Wenn ja

von

bis

Schilddrüsenerkrankung

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, was?

Herzbeschwerden

☐ Infarkt

Datum

☐ Stent ☐ Angina Pectoris ☐ Blutdruck

Infektionen

☐ HIV ☐ Tuberkulose

Wenn ja, was?

Andere Infektionen

Ihre Angewohnheiten

Rauchen Sie?

☐ Ja ☐ Nein

Konsumieren Sie Alkohol?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wie viel in dl pro Tag ?

Allergien

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welches ?

Rheumatoide Arthritis

☐ Ja ☐ Nein

Atembeschwerden

☐ Asthma ☐ Emphysem

Wenn ja, was?

Haben Sie schon einmal eine Zelltherapie erhalten?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wann?

Wenn ja, wo?

Andere Krankheiten

Nehmen Sie Medikamente ein?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, Name des Medikaments