

Datum:

**Folgebogen
(Angaben Befinden)**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

vor der Blutabnahme möchten wir Ihnen noch ein paar Fragen stellen. Das Ausfüllen dieses Fragebogens wird es uns ermöglichen, auf Ihre augenblicklichen Beschwerden eingehen zu können. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Name, Vorname, Geburtsdatum

1. Bitte schildern Sie uns hier, in kurzen Stichworten, Ihr derzeitiges **Befinden** sowie Ihre aktuelle Fragestellung:

1.1 Was denken Sie selbst über die Ursache Ihrer Beschwerden?

1.2 Wie erklären Sie sich Ihre Beschwerden im Zusammenhang mit Ihrer Lebenssituation?

Sind Sie nüchtern? Ja Nein*

Falls nein*, letzte Nahrungsaufnahme war vor _____ Stunden

3. Wie ist Ihr aktuelles Gewicht? _____ kg

4. Hatten Sie in den letzten 6 Wochen einen akuten Infekt
z.B. eine Erkältung? Ja Nein

Frage 5, 6 und 7 müssen nur von unseren Patientinnen beachtet werden:

5. Besteht derzeit eine Schwangerschaft: Ja/SSW: ____ Nein

6. Stillen Sie derzeit? Ja Nein

7. Bitte geben Sie Ihren Zyklustag an: _____ Durchschnittliche Zykluslänge _____

Blatt bitte wenden!

Folgebogen (Angaben Medikation)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte notieren Sie hier Ihre derzeitigen Medikamente. Bitte geben Sie auch Nahrungsergänzungsmittel und die Antibabypille an.
(Bitte Name des Medikamentes, Dosierung z.B. mg oder µg sowie Zeitpunkt der Einnahme zB. 1-0-0).

Name, Vorname, Geburtsdatum

| Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel/Vitamine: WICHTIG! Bitte auch jeweilige mg oder µg Stärke angeben! | Morgens | Mittags | Abends |
|---|---------|---------|--------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |