

Medizinischer Fragebogen



BITTE IN GROSSBUCHSTABEN AUSFÜLLEN, ANLEITUNG BEACHTEN

vertraulich

Familienname:	früherer Familienname:	Versicherungsnummer:
Vorname:	Geburtsdatum:	Zusatzversicherung
Geburtsort & Staat:	Staatsangehörigkeit:	frühere Beruf:
ständiger Wohnsitz: Staat: ÖSTERREICH Telefonnummer:	Postanschrift: Staat: Telefonnummer:	letzte Untersuchung: Datum: Ort:
Hausarzt: Adresse:	Telefonnummer: E-Mail:	Fax:
Alkohol : Einheiten pro Woche im Durchschnitt:	Rauchen Sie <input type="checkbox"/> Noch nie <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Wann aufgehört:	
Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente? Medikamente, Dosis, seit wann, Grund: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

Gibt es in Ihrer Vorgeschichte folgende Tatsachen? Hinter jeder Frage muss Ja oder Nein (oder wie angegeben) angekreuzt werden. Bei zutreffender Antwort bitte unter Bemerkungen näher erläutern.

	Ja	Nein		Ja	Nein		Ja	Nein
Augenerkrankungen/Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nasen-Rachenerkrankungen oder Sprachstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Malaria oder andere Tropenkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie jemals Brille oder Kontaktlinsen getragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schädel- Hirntrauma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Positiver HIV-Test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergie oder Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Häufige oder starke Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krankenhausaufenthalte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma oder Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwindel- oder Ohnmachtsanfälle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonst. Erkrankungen od. Verletzungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz- oder Kreislauferkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bewusstlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verweigerung einer Lebensversicherung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu hoher oder zu niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurologische Erkrankungen: Epilepsie, Anfälle, Lähmungserscheinungen, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entzugsbehandlung(en) wegen Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenmissbrauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierensteine oder Blut im Urin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychische Störungen, Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anämie/Sichelzellenanämie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes oder hormonelle Störungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Behandlungsbedürftige Reisekrankheit(en)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen/Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Taubheit oder Ohrenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NUR VON FRAUEN AUSZUFÜLLEN			FAMILIENVORGESCHICHTE					
Gynäkologische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zu hohe Cholesterinwerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zu hoher Augeninnendruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zu hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Geisteskrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Erbkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergie/Asthma/Ekzem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen:

Erklärung: Hiermit erkläre ich, dass ich obige Angaben sorgfältig, nach besten Wissen und Gewissen vollständig richtig abgegeben und weder wichtige Information verschwiegen, noch falsche Angaben gemacht habe. Die ärztliche Schweigepflicht ist jederzeit gewährleistet, jedoch für die medizinischen Dienst des IFRA werden die behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht entbunden

Datum: _____ Unterschrift des Antragstellers _____ Unterschrift des Hausarztes _____ Unterschrift IFRA MEDICAL DPT. _____