



**Name des Patienten:** .....

Beruf: ..... Geburtsdatum: .....

Kinder: ..... Familienstand: .....

**Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?**

- |                                |                           |
|--------------------------------|---------------------------|
| Diabetes mellitus              | Bluthochdruck             |
| Schilddrüsenerkrankung         | Angina pectoris           |
| Lebererkrankung                | Sonstige Herzerkrankungen |
| Nierenerkrankung               | Durchblutungsstörungen    |
| Erhöhte Blutfettwerte          | Krampfadern               |
| Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht) | Krebserkrankung           |
| Sonstige Erkrankungen: .....   |                           |

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?**

Ja          Nein

Wenn ja, listen Sie Ihre Medikamente bitte auf:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....

**Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten?**

Ja          Nein

Wenn ja, listen Sie die Unverträglichkeiten bitte auf:

1. ....
2. ....
3. ....

**Leiden Sie an Allergien?**

Ja          Nein

Wenn ja, listen Sie diese bitte auf:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....

**Welche Operationen wurden bereits durchgeführt?**

- |         |         |
|---------|---------|
| 1. .... | 2. .... |
| 3. .... | 4. .... |

**Kommen folgende Krankheiten in Ihrer Familie (Eltern, Großeltern, Kinder, Geschwister) vor?**

Bitte kreuzen Sie die Zutreffenden an.

- Migräne
- Diabetes mellitus
- Bluthochdruck
- Herzinfarkt
- Schlaganfall
- Krebserkrankungen