



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