



Name :

Geburtsdatum:

Beruf:

Familienstand:

E-Mail:

Telefonnummern:

Leiden Sie unter folgenden Erkrankungen?

- Diabetes mellitus
- Schilddrüsenerkrankungen
- Lebererkrankungen
- Nierenerkrankungen
- Erhöhte Blutfettwerte
- Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)
- Osteoporose (Knochendichtemessung bereits durchgeführt? ja Nein)
- Bluthochdruck
- Angina pectoris
- Sonstige Herzerkrankungen:
- Durchblutungsstörungen
- Krampfadern
- Krebserkrankungen:
- Sonstige Erkrankungen:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

- Ja
- Nein

Wenn ja, listen Sie bitte Ihre Medikamente auf:

.....
.....
.....

Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten?

- Ja
- Nein

Wenn ja, listen Sie bitte die Unverträglichkeiten auf:

.....
.....
.....

Leiden Sie an Allergien?

- Ja
- Nein

Wenn ja, listen Sie diese bitte auf:

.....
.....
.....

Welche Operationen wurden bereits durchgeführt?

.....
.....

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

- Dickdarmkrebs
- Herzinfarkt vor dem 60. Lebensjahr
- Plötzlicher Herztod vor dem 60. Lebensjahr
- Brustkrebs
- Schlaganfall vor dem 60. Lebensjahr
- Migräne
- Bluthochdruck
- Osteoporose
- Diabetes mellitus
- Krebserkrankungen:

Sind Sie Raucher?

- Ja (evtl. seit wann:) Nein (evtl. seit wann:)