



0049 171 3027247

0049 345 4786791

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:	Beruf:
-------	----------	---------------	--------

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:

Bei welchen Ärzten waren Sie in Behandlung?

Existieren familiäre Erkrankungen (Eltern, Geschwister, Kinder?)

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? **Wenn ja, listen Sie Ihre Medikamente bitte auf:**

Ja	Nein	1.
		2.
		3.
		4.
		5.

Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten? **Wenn ja, listen Sie die Unverträglichkeiten bitte auf:**

Ja	Nein	1.
		2.
		3.

Leiden Sie an Allergien? **Wenn ja, listen Sie diese bitte auf:**

Ja	Nein	1.
		2.
		3.
		4.

		5.	
Rauchen Sie?		Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	
Ja	Nein	Ja	Nein
Haben Sie Schlafprobleme?			
Ja	Nein		
Welche Operationen wurden bereits durchgeführt?			
1.		2.	
3.		4.	
Aktuelle Beschwerden:			