

Vorname:

Nachname:

**Haben Sie derzeit Beschwerden? ... Wenn ja, welche und seit wann bestehen diese?**

---



---



---

**Welche Medikamente nehmen Sie ein?**

| Name | Dosierung | Häufigkeit (früh/mittags/abends) |
|------|-----------|----------------------------------|
|      |           |                                  |
|      |           |                                  |
|      |           |                                  |
|      |           |                                  |

**Sind bei Ihnen und / oder Ihrer Familie (Eltern & Geschwister) folgende Erkrankungen bekannt?**

| Erkrankung                          | bei Ihnen |      | wann? (Jahr) | Eltern / Geschwister |      |
|-------------------------------------|-----------|------|--------------|----------------------|------|
|                                     | ja        | nein |              | ja                   | nein |
| Herzinfarkt/ Koronare Herzkrankheit |           |      |              |                      |      |
| Schlaganfall                        |           |      |              |                      |      |
| Bluthochdruck                       |           |      |              |                      |      |
| Gerinnungsstörung / Thrombose       |           |      |              |                      |      |
| Schilddrüsenerkrankungen            |           |      |              |                      |      |
| Diabetes mellitus                   |           |      |              |                      |      |
| Durchblutungsstörungen              |           |      |              |                      |      |
| Krebserkrankungen                   |           |      |              |                      |      |
| Sonstiges                           |           |      |              |                      |      |
|                                     |           |      |              |                      |      |

Berufliche Tätigkeit:  Allergien:

Alter:  Größe:  cm Gewicht:  Kg

Wie viele Zigaretten rauchen Sie am Tag?  täglicher Alkoholgenuss JA / NEIN

Treiben Sie regelmäßig Sport? JA / NEIN

Ihre E-Mail Adresse lautet:

Bitte deutlich schreiben! (Zur Terminvereinbarung und / oder Befundübermittlung)