

**Name:**

Aktuelle Telefon-Nr.:

e-mail:

Beruf:

Beschäftigt bei:

Hausarzt:

Größe:

Gewicht:

Bei Frauen Anzahl der Kinder:

Waren Sie schon einmal bei uns?

Ja

nein

Welche Beschwerden haben Sie?

Welche Krankheiten hatten Sie?  
(evtl. auch Kinderkrankheiten)

Welche Operationen hatten Sie?

Besondere Krankheiten in der Familie? (Zucker, Krebs, Schlaganfall, Herzinfarkt, usw.)

Welche Medikamente nehmen Sie ein? (wieviel mg)

Haben Sie eine Allergie?

Treiben Sie Sport? Welchen, wie oft?

Trinken Sie Alkohol / wieviel pro Tag?

Rauchen Sie / wieviel pro Tag?

Schlafen Sie gut?

Vermehrter Nachtschweiß?

Wogegen sind Sie geimpft?

dTetanus

Kinderlähmung(Polio)

Hepatitis A / B

andere:

Datum:

Unterschrift: