

Name / Vorname

Geburtsdatum

Straße / Hausnummer / PLZ / Wohnort:

Tel.-Nr. privat (Mobil)

Name der Krankenkasse

Beruf:

Überweisender Arzt (Name, Telefonnummer) **und** Hausarzt, wenn abweichend!

	Ja	Nein
Sind Sie allergisch? (wenn ja auf welche Stoffe, Medikamente?) Auf Pflaster? Latex? Erdnuss? Hühnereiweiß? Soja? _____		
Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche: _____		
Hatten Sie eine Operation? Wenn ja, welche? _____		
Rauchen Sie?		
Frauen im gebärfähigen Alter: <b>Sind Sie schwanger?</b>		

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen? **Zutreffendes bitte unterstreichen!**

Herzerkrankungen?		
Hoher oder niedriger Blutdruck?		
Asthma, Tuberkulose, COPD? Schlafapnoe?		
Hepatitis (Gelbsucht)? <b>Typ:</b>		
Diabetes (Zuckerkrankheit)? Insulinpflichtig? <b>Typ:</b>		
Glaukom (grüner Star)?		
Nierenerkrankungen? Niereninsuffizienz?		
Rheuma?		
HIV positiv?		
<b>Sind Krebserkrankungen in der Familie bekannt (speziell Magen- und Darmkrebs)?</b> Wenn ja, welche, wer? _____		

München, \_\_\_\_\_

Unterschrift des Patienten \_\_\_\_\_