

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Straße / Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_ Tel.Nr: \_\_\_\_\_

eMail: \_\_\_\_\_ Name d. Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Überweisender Arzt (Name, Telefonnummer): \_\_\_\_\_

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: <i>Sind Sie schwanger?</i>		

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

***Zutreffendes bitte unterstreichen!***

	Ja	Nein
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?		
Sind Krebserkrankungen in der Familie bekannt (speziell Magen- und Darmkrebs)? Wenn ja, welche, wer? _____		

München, \_\_\_\_\_

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