

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)? Typ:		
Diabetes (Zuckerkrankheit)? Insulinpflichtig? Typ:		
Nierenerkrankungen? Niereninsuffizienz?		
Rheuma?		
HIV positiv?		
Sind Krebserkrankungen in der Familie bekannt (speziell Magen- und Darmkrebs)? Wenn ja, welche, wer? _____		

München, _____

Unterschrift des Patienten _____