

Um Sie kennen zu lernen und Sie mit Ihrem Anliegen optimal betreuen zu können, benötigen wir einige Informationen. Ihre Angaben werden von uns streng vertraulich behandelt und nicht weitergegeben.

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Tel.: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Familienstand: _____

Kinder: _____

Beruf: _____

Hobbys/Freizeitaktivitäten: _____

Größe: _____

Gewicht: _____

Medikament	Morgens	Mittags	Abends

Hoher Blutdruck Ja ☐ Nein ☐ Niedriger Blutdruck Ja ☐ Nein ☐

Herzerkrankungen Ja ☐ Nein ☐ Herzschrittmacher Ja ☐ Nein ☐

Blutgerinnungsstörung Ja ☐ Nein ☐ Asthma Ja ☐ Nein ☐

Schilddrüsenerkrankung Ja ☐ Nein ☐ Diabetes Ja ☐ Nein ☐

HIV / AIDS Ja ☐ Nein ☐ Hepatitis A/B/C Ja ☐ Nein ☐

Rheuma Ja ☐ Nein ☐ Nierenerkrankungen Ja ☐ Nein ☐

Lungenerkrankung Ja ☐ Nein ☐ Bisherige Operationen: _____

Allergien: _____ Krankheiten in der Familie: _____

Treiben Sie Sport? Ja ☐ Nein ☐ Trinken Sie Alkohol? Ja ☐ Nein ☐

Rauchen Sie? Ja ☐ Nein ☐ Letzte Koloskopie: _____

Sonstiges: _____ Letzter Checkup: _____

Datum, Unterschrift: _____