

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

**Bestehen bei Ihnen Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten?**

nein  ja

wenn ja, welche?

---

---

**Haben Sie bisher ernsthafte Erkrankungen durchgemacht (z. B. Gelbsucht, Lungenentzündung, Herzinfarkt) ?**

nein  ja

wenn ja, welche? wann?

---

---

**Bestehen bei Ihnen bereits chronische Erkrankungen (z. B. Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Rheuma)?**

nein  ja

wenn ja, welche und seit wann?

---

---

**Wurden bei Ihnen bisher Operationen durchgeführt (z. B. Mandeln oder Blinddarm)?**

nein  ja

wenn ja, welche? wann?

---

---

**Sind in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern, Kinder) ernsthafte Krankheiten aufgetreten (z. B. Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebserkrankung, Bluthochdruck, Diabetes)**

ja  nein

wenn ja, wer und welche?

---

---

**Nehmen Sie zur Zeit regelmäßig Medikamente ein?**

nein  ja

wenn ja, welche? (Bitte auch die Dosierung und die Einnahmehäufigkeit mit angeben)

---

---

**Rauchen Sie?** nein  ja  **wieviel?**

Wenn nein, haben Sie früher geraucht nein  ja  wenn ja, bis wann \_\_\_\_\_  
über wieviele Jahre? \_\_\_\_\_

**Ihr Alkoholkonsum?**

täglich  1-2 x/Woche  gelegentlich  nie

Falls ja, ungefähre Alkoholmenge täglich/wöchentlich? \_\_\_\_\_

Ihr erlernter und ggf. aktuell ausgeübter Beruf? \_\_\_\_\_

*Datenschutzhinweis: Die Beantwortung dieser Fragen dient der Optimierung Ihrer Behandlung, erfolgt jedoch selbstverständlich auf freiwilliger Basis. Die Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.*