

Name, Vorname _____ Telefonnummer: _____

Bestehen bei Ihnen Allergien / Medikamentenunverträglichkeiten ? nein ja
wenn ja, welche? _____

Haben Sie bisher ernsthafte Erkrankungen durchgemacht ? nein ja
wenn ja, welche? wann? _____

Bestehen bei Ihnen chronische Erkrankungen ? nein ja
wenn ja, welche und seit wann? _____

Sind Sie schon einmal operiert worden ? nein ja
wenn ja, an was? wann? wo? _____

Sind in Ihrer Familie ernsthafte Krankheiten aufgetreten ? nein ja
wenn ja, welche bei wem? _____

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 was/ wie viel? _____

Wenn nein, haben Sie früher geraucht? nein ja

wenn ja, bis wann? _____ wie viele Jahre? _____

Ihr Alkoholkonsum?
täglich 1-2 x/Woche gelegentlich nie

Falls ja, ungefähre Alkoholmenge täglich/wöchentlich? _____

Ihr erlernter und ggf. aktuell ausgeübter Beruf ? _____

Ihr Familienstand? _____