

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

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

e-mail-Adresse: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

erlernter Beruf: \_\_\_\_\_ ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_

Familienstand:        ledig        verheiratet        getrennt lebend        geschieden        verwitwet

Kinderkrankheiten:    Röteln        Mumps        Scharlach        Diphtherie        Polio

frühere Erkrankungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Operationen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sind bei Ihren Eltern Erkrankungen wie z.B. hoher Blutdruck, hoher Blutzucker, Krebserkrankungen oder andere chronische Erkrankungen bekannt?: \_\_\_\_\_

Wie groß sind Sie?: \_\_\_\_\_ cm        Wie schwer sind Sie?: \_\_\_\_\_ kg

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel?: \_\_\_\_\_

Haben Sie früher geraucht?        ja        nein

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Wenn ja, wo gegen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welche Beschwerden führen Sie zum Arzt?:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_