



Name, Vorname		Geburtsdatum			
Eigenanamnese		Größe:		Gewicht:	
Beruf:		Familienstand:		Kinder:	
Sind sie Raucher?		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein		Pflegegrad: <small>(wenn vorhanden)</small>	
Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen? (bitte ankreuzen)					
Diabetes mellitus		Bluthochdruck			
Schilddrüsenerkrankung		Angina pectoris			
Lebererkrankung		Sonstige Herzerkrankungen			
Nierenerkrankung		Krampfadern			
Erhöhte Blutfettwerte		Durchblutungsstörungen			
Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)		Krebserkrankungen			
Sonstige Erkrankungen:					
Familienanamnese:					
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?			Wenn ja, listen Sie Ihre Medikamente bitte auf:		
<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein			Dosierung: Mo. Mi. Ab. Na.		
			1.		
			2.		
			3.		
			4.		
			5.		
Leiden Sie an Medikamenten-unverträglichkeiten?			Wenn ja, listen Sie die Unverträglichkeiten bitte auf:		
<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein			1.		
			2.		
Leiden Sie an Allergien?			Wenn ja, listen Sie die Allergien bitte auf:		
<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein			1.		
			2.		
Welche Operationen wurden bereits durchgeführt? <input type="radio"/> keine					
Aktuelle Beschwerden und erkrankungsspezifische Informationen?					

Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!