

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

**Für eine sorgfältige Vorbereitung auf die bevorstehenden Untersuchungen und als wertvoller Beitrag zur umfassenden Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes, bitten wir Sie, die im Folgenden gestellten Fragen zu beantworten.**

**Schwere Erkrankungen in der Vergangenheit**

Jahr	Art der Erkrankung

**Operationen?**

Jahr	Art der Operation

**Chronische Erkrankungen?**

Seit wann	Art der Erkrankung

**Allergien?**

z.B. Kontrastmittel, Penicillin... _____ _____
--

**Medikamente, die Sie regelmäßig einnehmen?**

Medikamentenname	Menge	Tägl.

**Weitere Informationen, die Sie für wichtig halten:**


**Familiengeschichte**

Koronare Herzkrankheit/Herzinfarkt? \_\_\_\_\_

Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)? \_\_\_\_\_

Erkrankungen der Niere? \_\_\_\_\_

Erkrankungen der Schilddrüse? \_\_\_\_\_

Bösartige Erkrankungen (Krebs)? \_\_\_\_\_

Magen- und /oder Darmerkrankungen? \_\_\_\_\_

Sonstige? \_\_\_\_\_

**Aktuelle Beschwerden**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_