

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Hatten oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten ?	nein	ja	Wenn ja, (seit) wann ?	Medikamente ?
Herzinfarkt				
Bypass-Operation				
Schlaganfall / Hirnblutung				
Krebs-Erkrankung				
Nieren-Erkrankung				
Asthma				
Diabetes				
Allergien				
Osteoporose				
Schilddrüsen-Erkrankung				
Welchen Blutdruck haben Sie normalerweise?	systolisch (oberer Wert) _____ mm Hg diastolisch (unterer Wert) _____ mm Hg			
sonstige Erkrankungen	..... ..... .....			

Hatten sie eine der folgenden Operationen ?	nein	ja	Wenn ja, (seit) wann ?	Warum ?
Gebärmutter-Entfernung				
Gallenblasen-Entfernung				
Milz-Entfernung				
Blinddarm-Operation				
Polypen-Operation				
Mandel-Operation				
Haben Sie ein oder mehrere künstliche Gelenke ?				
Hatten Sie Knochenbrüche ?				
Kaiserschnitt				
Anzahl der Schwangerschaften				
Anzahl der Geburten				
Sind Sie z. Zt. schwanger ?				

Was sind Ihre derzeitigen Beschwerden ?

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_