



Name:

Geb.:

Wohnort/Straße:

Fragen zum allgemeinen Gesundheitszustand und Lebensgewohnheiten

Operationen?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Welche?
Unfälle?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Welche?
Narben?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Wo?
Tattoos/Piercings?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	
Raucher?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	
Regelmäßiger Alkoholkonsum?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	
Nehmen Sie Medikamente?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Welche?
Gibt es eine Medikamentenunverträglichkeit?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Welche?
Allergien?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Welche?
Schwangerschaften/Geburten?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Wie viele?

Fragen zu Erkrankungen

Akut oder in der Vergangenheit (von Geburt an). Bitte **nur Zutreffendes** ankreuzen.

Augen	akut <input type="checkbox"/>	länger her <input type="checkbox"/>	Beschwerden:
Nase	akut <input type="checkbox"/>	länger her <input type="checkbox"/>	Beschwerden:
Ohren/Tinnitus	akut <input type="checkbox"/>	länger her <input type="checkbox"/>	Beschwerden:
Mund/Zähne/Zahnfleisch/Kiefer	akut <input type="checkbox"/>	länger her <input type="checkbox"/>	Beschwerden:
Hals	akut <input type="checkbox"/>	länger her <input type="checkbox"/>	Beschwerden:
Kopfschmerzen	akut <input type="checkbox"/>	länger her <input type="checkbox"/>	Beschwerden:
Schilddrüse	akut <input type="checkbox"/>	länger her <input type="checkbox"/>	Beschwerden:
Bronchien/Lunge/Asthma	akut <input type="checkbox"/>	länger her <input type="checkbox"/>	Beschwerden:
Herzprobleme/Herzstolpern	akut <input type="checkbox"/>	länger her <input type="checkbox"/>	Beschwerden:
Magen/Sodbrennen	akut <input type="checkbox"/>	länger her <input type="checkbox"/>	Beschwerden:
Bauchschmerzen/Blähungen	akut <input type="checkbox"/>	länger her <input type="checkbox"/>	Beschwerden:
Verdauungsprobleme	akut <input type="checkbox"/>	länger her <input type="checkbox"/>	tägliche Stuhlfrequenz:
Niere/Blase	akut <input type="checkbox"/>	länger her <input type="checkbox"/>	Beschwerden:
Gebärmutter/Eierstöcke	akut <input type="checkbox"/>	länger her <input type="checkbox"/>	Beschwerden:
Hoden/Prostata	akut <input type="checkbox"/>	länger her <input type="checkbox"/>	Beschwerden:
Gelenkprobleme/Körperschmerzen	akut <input type="checkbox"/>	länger her <input type="checkbox"/>	Beschwerden:
Hautprobleme	akut <input type="checkbox"/>	länger her <input type="checkbox"/>	Beschwerden:
Krampfadern/Besenreiser	akut <input type="checkbox"/>	länger her <input type="checkbox"/>	Beschwerden:
Psychische Probleme	akut <input type="checkbox"/>	länger her <input type="checkbox"/>	depressiv <input type="checkbox"/> erschöpft <input type="checkbox"/> reizbar <input type="checkbox"/> empfindlich <input type="checkbox"/>
Schlafstörungen	akut <input type="checkbox"/>	länger her <input type="checkbox"/>	
Sonstiges:	akut <input type="checkbox"/>	länger her <input type="checkbox"/>	Beschwerden: