



Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Um einen optimalen Einblick in Ihre Krankheitsgeschichte zu erhalten, möchten wir Sie vorab um die Beantwortung folgender Fragen bitten. Alle Angaben sind freiwillig und werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

## Persönliche Daten

Name/Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_  
Beruf/Tätigkeit \_\_\_\_\_  
Familienstand \_\_\_\_\_  
Größe: \_\_\_\_\_ cm      Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

## Grund Ihres Besuchs

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Medizinische Vorgeschichte

Sind oder waren bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt?

Seit wann? Nähere Angaben:

<input type="checkbox"/> Allergien	_____
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	_____
<input type="checkbox"/> Herzerkrankungen	_____
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen	_____
<input type="checkbox"/> Schlaganfall	_____
<input type="checkbox"/> Gerinnungsstörungen	_____
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	_____
<input type="checkbox"/> Osteoporose	_____
<input type="checkbox"/> Migräne	_____
<input type="checkbox"/> Krebserkrankungen	_____
<input type="checkbox"/> Lebererkrankungen	_____
<input type="checkbox"/> Blutungsstörungen/Bluterkrankungen	_____
<input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen (Asthma, COPD)	_____

