

Allgemeine Gesundheitsfragen

Familien- und Vorname: _____

Sozialversicherungsnummer: _____ Geb.Datum: _____

Tel.Nr.: _____ E-Mail: _____

Wohnadresse: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Ungewollte Gewichtsabnahme in den letzten 6 Monaten? nein ja, _____ kg

Beschwerden/Symptome (z.B. Schmerzen, Fieber, Atemnot,...): _____

Beginn: _____ Auslöser: _____ erstmalig: nein ja

Frühere Erkrankungen

(z.B. Diabetes, Herzinfarkt, Schlaganfall, Thrombosen,...):

Frühere Operationen (wann?):

Allergien/Unverträglichkeiten:

Haben Sie Probleme beim Stuhlgang? nein ja

Haben Sie Probleme beim Harnlassen? nein ja

Haben Sie eine ansteckende Erkrankung
(z.B. Hepatitis, HIV,...)? nein ja

Nikotin? nein ja _____ pro Tag

Alkohol? täglich mehrmals pro Woche mehrmals pro Monat selten nie

Bewegung/Sport? > 3 Std pro Woche 1-3 Std pro Woche <1 Std pro Woche

Medikamente (z.B. Thrombo Ass 100mg 1-0-0):

Spritzen Sie Insulin? nein ja, seit _____.

Nehmen Sie etwas zur Blutverdünnung? nein ja, seit _____.

Datum und Unterschrift