

Alle mündlichen und schriftlichen Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.
Sie dienen der Dokumentation und sind nicht für Dritte zugänglich.

Name, Vorname:	Geb.-Datum:
Nationalität:	Geburtsort (bzw. Land):
PLZ, Ort, Straße, Nr.:	
Telefonnummer:	E-Mail geschäftlich:
	E-Mail privat:
Unternehmen, Arbeitsbereich:	
Tätig als:	seit wann:
Gelernter Beruf:	

Sind oder waren Sie in ärztlicher Behandlung wegen:

	nein	ja		nein	ja
der Augen			des Rückens		
der Nase/der Ohren			der Muskeln		
einer Allergie			der Haut		
der Lunge			einer Krebserkrankung		
der Leber oder Galle			der Nerven		
des Magens oder Darms			der Gelenke		
der Nieren			einer Zuckerkrankheit		
des Herzens			einer Schilddrüsenerkrankung		
eines Bluthochdruckes			sonstige Erkrankungen		

Haben Sie zurzeit akute Beschwerden? Wenn ja: Wo? Was? Seit wann?

Wann war der letzte Routine-Check beim Hausarzt? _____

Wie viele Gläser Alkohol trinken Sie ungefähr in der Woche? _____

	nein	ja		
Nehmen Sie zurzeit Medikamente?			Welche?	
Sind Sie Raucher?			Seit wann?	Anzahl/Tag?
Sind Sie operiert worden?			Welche Operationen?	Wann?
Haben Sie Schlafstörungen?			Welche?	Seit wann?
Schnarchen Sie?				
Tragen Sie Implantate (z.B. Herzschrittmacher, Cochlea-Implantat oder andere)?			Welche?	Seit wann?
Haben Sie einen Grad der Behinderung (GdB)?			Wie viel?	Seit wann?

Größe: _____ **cm**, **Gewicht:** _____ **kg**

Bitte bringen Sie zur Untersuchung Ihren Impfausweis, alle Brillen (Sehhilfen) und ggf. den Mutterpass mit.
Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der o.g. Angaben:

(Datum)

(Unterschrift)