



Name:		Vorname:	
Geb.-Datum:		Versicherung:	
Straße, Nr.:		PLZ, Ort:	
Tel.:		Mobil:	
Email:			

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?	
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>
erhöhte Blutfettwerte	<input type="checkbox"/>
erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>
Angina pectoris	<input type="checkbox"/>
Sonstige Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>
Krampfadem	<input type="checkbox"/>
Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>
sonstige Erkrankungen:	

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	Wenn ja, listen Sie Ihre Medikamente bitte auf:
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	1.
	2.
	3.
	4.
	5.

Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten?	Wenn ja, listen Sie die Unverträglichkeiten bitte auf:
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	1.
	2.
	3.

Leiden Sie an Allergien?	Wenn ja, listen Sie diese bitte auf:
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	1.
	2.
	3.
	4.
	5.

Welche Operationen wurden bereits durchgeführt?	
1.	3.
2.	4.