

Name:	Geburtsdatum:	
Tel.:	Größe:	Gewicht:
E-Mail (Patient/in):	Beruf:	
Hausarzt + Anschrift:		

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Herzkranzgefäßerkrankung	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	Sonstige Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Blutfettwerte	<input type="checkbox"/>	Krampfadern	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)	<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 Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten? Wenn ja, listen Sie die Unverträglichkeiten bitte auf:

Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	1.
		2.
		3.

Haustiere?

Ja <input type="checkbox"/> welche?	Nein <input type="checkbox"/>
-------------------------------------	-------------------------------

Raucher?

Ja <input type="checkbox"/> seit: Zig. tgl.:	Nie <input type="checkbox"/>
Exraucher <input type="checkbox"/> seit: Zig. tgl.:	

Besteht bei Ihnen aktuell eine Schwangerschaft? Ja Nein

Welche Operationen wurden bei Ihnen durchgeführt?

1.	2.
3.	4.

Letzte Röntgen-Aufnahme der Lunge:

DMP-Programm?

Ja <input type="checkbox"/> welches?	Nein <input type="checkbox"/>
--------------------------------------	-------------------------------

Datum, Unterschrift des Patienten _____