

Bitte nehmen Sie sich einen Moment Zeit, uns die unten stehenden Fragen möglichst vollständig zu beantworten, bei Fragen können Sie sich gerne an uns wenden. ☺

Geburtsdatum:

Impfungen komplett? Ja nein

Erkrankungen in der Familie.....

Infekte (z.B.häufige Atemwegsinfekte, Mandelentzündung).....

Lunge (z.B. Asthma bronchiale, COPD, Emphysem, Fibrose, Sarkoidose).....

Herz (z.B. Herzrhythmusstörung, KHK, Herzklappenerkrankungen).....

Sonstiges:

Bauch:

Magen/Speiseröhre (z.B. Sodbrennen, Entzündungen, Geschwüre).....

Darm (z.B. M. Crohn, Colitis ulcerosa, Divertikulitis, Hämorrhoiden).....

Bauchspeicheldrüse (z.B. Pankreatitis).....

Leber (z.B. Zirrhose, Hepatitis, M. Meulengracht).....

Allgemein (z.B. Brüche (Hernien), Operationen).....

Nieren/Blase (z.B. Harnwegsinfekte, Niereninsuffizienz, Operationen).....

Genitaltrakt (z.B. Myome, Prostatabeschwerden, Operationen).....

Bewegungsapparat (z.B. chronische Rückenschmerzen, Bandscheibenvorfall, Gleitwirbel, Skoliose, Brüche, Rheuma, chronische Wunden, Osteoporose).....

Medikamente:

	Name	Stärke	Einnahme (z.B. l-l-l)	Grund
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

.....
Datum

.....
Unterschrift