

## 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**