

Name	Vorname	Geburtsdatum	Beruf
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Gewicht	Größe	Telefon	Familienstand	Rauchen Sie
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Adresse PLZ	Adresse Wohnort	Adresse Straße
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bestehen bei Ihnen Allergien z.B. gegen Medikamente? Ja Nein ?

Eigene Vorerkrankungen	Ja	?	N		J	?	N
Stirnhöhlen-Kieferhöhlenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gelenkerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mandelentzündungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nierensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blasenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck/Engegefühl in der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krampfadern, Thrombose, Embolie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magengeschwür	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Können Sie schwanger sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hauterkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelbsucht oder Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankungen (Drogenkonsum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wurden Sie schon einmal operiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenbeckenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, wann und woran?			
Blasenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>			

Sonstige Krankheiten:

Nehmen Sie **regelmäßig** Medikamente ein (z. B. Blutdruck, Pille, Schilddrüse)? Wenn ja, welche?

Bitte schildern Sie so **detailliert wie möglich** Ihre Beschwerden / Anliegen / Fragen:

Wir raten aus Datenschutzgründen bei sensiblen Patientendaten von der Email-Nutzung ab. Ich wünsche trotzdem, das meine Patientendaten per Email übertragen werden sollen. Ja

Gab es bei Ihren Eltern/Geschwistern **vor dem 50.** Lebensjahr folgende Krankheiten? **Nein**

Wenn ja: Gicht Asthma Psychische Erkrankungen Hypertonie Krebs

Wann wurden Sie zuletzt gegen Tetanus etc. geimpft?

Ort	Datum	Unterschrift _____
<input style="width: 200px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 400px; height: 20px;" type="text"/>