



| <b>Vorerkrankungen</b>    |   |   |
|---------------------------|---|---|
| Herz-Kreislauf            | z. B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Rhythmusstörungen, Herzfehler | <input type="radio"/> nein<br><input type="radio"/> ja, welche: |
| Gefäße                    | z. B. Durchblutungsstörungen<br>Krampfadern, Thrombosen, Embolien | <input type="radio"/> nein<br><input type="radio"/> ja, welche: |
| Lunge und Atemwege        | z. B. Chron. Bronchitis, Asthma, TBC, Schlaf-Apnoe                | <input type="radio"/> nein<br><input type="radio"/> ja, welche: |
| Leber, Gallenblase        | z. B. Fettleber, Gelbsucht, Hepatitis, Gallensteine               | <input type="radio"/> nein<br><input type="radio"/> ja welche:  |
| Niere und Harnwege, Blase | z. B. Erhöhte Nierenwerte, Dialyse, Steine                        | <input type="radio"/> nein<br><input type="radio"/> ja welche:  |
| Magen/Darm                | z. B. Magengeschwüre, Reflux, Divertikel, Blinddarm               | <input type="radio"/> nein<br><input type="radio"/> ja welche:  |
| Stoffwechsel              | z. B. Gicht, Rheuma   | <input type="radio"/> nein<br><input type="radio"/> ja welche:  |
| Schilddrüse               | z. B. Überfunktion, Unterfunktion<br>Kropf, Schilddrüsen-OP       | <input type="radio"/> nein<br><input type="radio"/> ja welche:  |
| Muskeln                   | z. B. Muskelschwäche  | <input type="radio"/> nein<br><input type="radio"/> ja welche:  |
| Nerven/Gemüt              | z. B. Krampfanfälle, Lähmungen, Schlaganfall, Depressionen        | <input type="radio"/> nein<br><input type="radio"/> ja welche:  |
| Blut                      | z. B. Leukämie, Blutungen,  | <input type="radio"/> nein<br><input type="radio"/> ja welche:  |
| Infektionskrankheiten     | z. B. Hepatitis A, B, C, HIV                                      | <input type="radio"/> nein<br><input type="radio"/> ja welche:  |

| <b>Frühere Operationen/Unfälle/Verletzungen</b> | <b>Jahr</b> |
|---|-------------|
|   |             |
|   |             |

| <b>Aktuelle Medikation (nur eintragen, wenn kein aktueller Plan vorhanden)</b> |                       |                   |
|--|-----------------------|-------------------|
| Name/Wirkstoff   | Dosierung z. B. in mg | Einnahmezeitpunkt |
|  |                       |                   |
|  |                       |                   |
|  |                       |                   |
|  |                       |                   |
|  |                       |                   |

Zur Vermeidung von unangenehmen Wartezeiten führen wir die Praxis im Bestellsystem. Sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie uns möglichst rechtzeitig ab. Wir behalten uns vor, ohne Absage Ihnen die Ausfallzeit in Höhe von 18,89 € (GOÄ, Zi. 56) privat in Rechnung zu stellen.

Vielen Dank für Ihr Verständnis.

| <b>Datum</b> | <b>Unterschrift</b> |
|--------------|---------------------|
|              |                     |