

<b>Name:</b>
<b>Geb.-Datum:</b>
<b>Beruf:</b>
<b>Tel.-Nr:</b>
<b>Email:</b>

<b>Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?</b>			
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Angina pectoris	<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:			
<b>Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?</b>		<b>Wenn ja, listen Sie Ihre Medikamente bitte auf:</b>	
ja <input type="checkbox"/>		1.	
nein <input type="checkbox"/>		2.	
		3.	
		4.	
		5.	
<b>Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten?</b>		<b>Wenn ja, listen Sie die Unverträglichkeiten bitte auf:</b>	
ja <input type="checkbox"/>		1.	
nein <input type="checkbox"/>		2.	
		3.	
<b>Leiden Sie an Allergien?</b>		<b>Wenn ja, listen Sie diese bitte auf:</b>	
ja <input type="checkbox"/>		1.	
nein <input type="checkbox"/>		2.	
		3.	
		4.	
		5.	
<b>Welche Operationen wurden bereits durchgeführt?</b>			
1.		3.	
2.		4.	
<b>Aktuelle Beschwerden und erkrankungsspezifische Informationen:</b>			
<p>Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft      ja <input type="checkbox"/>      nein <input type="checkbox"/></p>			