

➤ **Familiäre Erkrankungen?**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Diabetes Typ 1 |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Diabetes Typ 2 |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Allergien |
| <input type="checkbox"/> Asthma / COPD | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | |
-

➤ **Nehmen Sie Medikamente ein?**

- Ja / Nein Verhütungsmittel (z.B. Pille, Spirale)

Wenn Ja, Welche und wie oft nehmen Sie die jeweiligen Medikamente ein?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

➤ **Allgemeine Fragen :**

Rauchen Sie?

- Ja Nein Wenn Ja, Wie viele pro Tag? _____

Machen Sie Sport?

- Ja Nein Wenn Ja, Wie oft in einer Woche? _____

Leiden Sie an Schlafstörungen?

- Ja Nein Wenn Ja, Wie oft in einer Woche? _____

Sind sie Schwanger?

- Ja Nein Wenn Ja, In welcher Woche? _____

Hatten Sie Operationen/ Bestrahlungen?

- Ja Nein Wenn Ja, Wann und Welche?
-
-

➤ **Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

Datum: Unterschrift: