

Patient

Name

Vorname

Geb.-Datum

**Gesundheitliche Angaben:**

(Zutreffendes bitte jeweils ankreuzen, soweit bekannt)

Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

**Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/ Infektionen?**

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck     | <input type="checkbox"/> Thrombose                 | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung        | <input type="checkbox"/> Schlaganfall      |
| <input type="checkbox"/> Diabetes          | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung    | <input type="checkbox"/> Asthma / COPD         | <input type="checkbox"/> Glaukom           |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung   | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen        | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung       | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Nervenkrankheiten | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle / Epilepsie | <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankung | <input type="checkbox"/> sonstiges         |

**Tragen sie eine Brille oder Kontaktlinsen?**

- Brille (zum Autofahren)    Kontaktlinsen    Lesebrille

**Tragen sie ein Hörgerät?**

- Ja    Nein

**Nehmen Sie Medikamente, Nahrungsergänzungsmittel, oder sonstige Substanzen ein?**

- Ja    Nein

Wenn ja, welche? (insbesondere  $\beta$ -Rezeptoren-Blocker, Diuretika (harntreibende Medikamente), Kortison oder andere?)

**Trinken Sie Alkohol?**

- Ja    Nein

Wenn ja, wie oft und wieviel?

**Drogenkonsum?**

- Ja    Nein

Wenn ja, was und wie oft?

**Rauchen Sie?**

- Ja    Nein

Wenn ja, wie wieviel?

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_