

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

private Adresse:

private Telefonnummer:

private Mail-Adresse:

Arbeitgeber:

Anschrift:

Allgemeine und medizinische Vorgeschichte: Haben oder hatten Sie jemals eine der folgenden Erkrankungen / Auffälligkeiten? Bitte möglichst jede Frage mit ja oder nein beantworten. Antworten mit ja bitte unter Bemerkungen näher erläutern

Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Augenerkrankungen / Augenoperationen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie jemals Brille oder Kontaktlinsen getragen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Allergie oder Heuschnupfen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Asthma oder Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herz- oder Gefäßerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Zu hoher oder zu niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nierensteine oder Blut im Urin	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Blutzuckererkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Magen-Darm-Erkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leber, Gallen- oder Bauchspeicheldrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Taubheit oder Ohrenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Nasen- / Rachenerkrankung oder Sprachstörung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schädel-Hirn-Trauma / Gehirnerschütterung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Häufige oder starke Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schwindel oder Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bewusstlosigkeit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schlaganfall, Epilepsie, Krampfanfall, Lähmung etc.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Psychische oder psychiatrische Störung bzw. Erkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Alkohol-, Drogen- oder Medikamenten-Missbrauch	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Selbsttötungsversuch oder Selbstverletzung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Behandlungsbedürftige Reisekrankheit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Anämie, Sichelzellkrankheit oder andere Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Malaria oder andere Tropenkrankheit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Geschlechtskrankheit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schlafstörung / Schlaf-Apnoe-Syndrom	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Psychiatrische Erkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Muskel-Skelett-Erkrankung bzw. -Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sonstige Erkrankung oder Verletzung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Krankenhausaufenthalt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Arztbesuch innerhalb der letzten 12 Monate	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bezug einer Rente oder Versicherungsleistung wegen Unfall oder Krankheit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Nur von Frauen zu beantworten

Gynäkologische Erkrankung / Menstruationsstörung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Familienvorgeschichte

Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Fettstoffwechselstörung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Epilepsie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Geisteskrankheit oder Selbsttötung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Allergie / Asthma / Ekzem	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Erbkrankheiten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Erhöhter Augeninnendruck	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Bemerkungen: