

**Persönliche Daten:**

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Tel. Privat: \_\_\_\_\_ Tel. Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mailadresse: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_ Beruf/Sportart: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Gesetzlich:  Privat oder Zusatzversichert:

**Persönliches Befinden:**

**Angaben:**

**g = gut,**

**m = mäßig,**

**s = schlecht**

Schlaf: g m s      Durst: g m s      Wasserlassen: g m s

Appetit: g m s      Stuhlgang: g m s      Schwangerschaft: + -

**Haben oder hatten Sie welche der folgenden Erkrankungen oder Infektionskrankheiten?**

Tuberkulose: <input type="checkbox"/>	Diabetes: <input type="checkbox"/>	Schilddrüse: <input type="checkbox"/>	Augen: <input type="checkbox"/>
Hepatitis: <input type="checkbox"/>	Lunge: <input type="checkbox"/>	Hochdruck: <input type="checkbox"/>	Ohren: <input type="checkbox"/>
Aids: <input type="checkbox"/>	Herz: <input type="checkbox"/>	Haut: <input type="checkbox"/>	Magen: <input type="checkbox"/>
Borellien: <input type="checkbox"/>	Darm: <input type="checkbox"/>	Leber: <input type="checkbox"/>	Galle: <input type="checkbox"/>
Wirbelsäule: <input type="checkbox"/>	Blase: <input type="checkbox"/>	Nerven: <input type="checkbox"/>	Nieren: <input type="checkbox"/>
Gelenke: <input type="checkbox"/>	Halsentzündungen: <input type="checkbox"/>	Gürtelrose: <input type="checkbox"/>	Scharlach: <input type="checkbox"/>
Masern: <input type="checkbox"/>	Mumps: <input type="checkbox"/>	Röteln: <input type="checkbox"/>	Windpocken: <input type="checkbox"/>
Keuchhusten: <input type="checkbox"/>			

**Haben Sie Allergien oder eine Überempfindlichkeit? Nein:  Ja:  Welche?**

**Nehmen Sie zur Zeit Medikamente? Nein:  Ja:  Welche?**

**Hatten Sie Operationen oder Unfälle? Nein:  Ja:  Welche?**

**Sind folgende Krankheiten in der Familie bekannt?**

Krebs: <input type="checkbox"/>	Rheuma: <input type="checkbox"/>	Diabetes: <input type="checkbox"/>	Erbleiden: <input type="checkbox"/>
Haut: <input type="checkbox"/>	Herzleiden: <input type="checkbox"/>	Nervenleiden: <input type="checkbox"/>	Gemütsleiden: <input type="checkbox"/>

**Grund bzw. Anlass Ihres Besuches sowie derzeitige Therapien:**

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_