



Nachname	Titel/Namenszusatz	
Vorname	Geburtsdatum	Körpergewicht/Größe
Geschlecht	Beruf	
Straße	PLZ/Ort	
Telefon	Telefon geschäftlich	
Email	Nächste/r Angehörige/r (mit Tel.)	
Bisheriger Hausarzt	Orthopäde	
Augenarzt	Urologe	
Gynäkologe	Sonstige	

Versicherung	Gesetzlich <input type="checkbox"/>	Privat <input type="checkbox"/>	Beihilfegerecht <input type="checkbox"/>	Krankenkasse (Name)
--------------	-------------------------------------	---------------------------------	--	---------------------

**Haben Sie eine oder mehrere der folgenden Vorerkrankungen? Zutreffendes bitte ankreuzen**

- |                       |                             |                               |                         |                             |                               |
|-----------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Bluthochdruck         | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | Fettstoffwechselstörung | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Blutzuckerkrankheit   | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | Gicht                   | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Magenerkrankung       | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | Gelenk-Rheuma           | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Tumorerkrankung       | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | Tuberkulose             | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Nierenerkrankung      | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | HIV                     | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Lebererkrankung       | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | Asthma                  | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Hautkrankheit         | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | Herzkrankheit           | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Psychische Erkrankung | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | Anfallsleiden           | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

Liegen andere Vorerkrankungen bei Ihnen vor? Wenn ja, welche?

---



---

Sind bei Ihnen Allergien gegen Medikamente oder andere Stoffe bekannt? Wenn ja, welche?

---



---

