

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?

☐ Nein

☐ Ja, folgende:

☐ Bluthochdruck

☐ Thrombose

☐ Herzerkrankung

☐ Schlaganfall

☐ Diabetes

☐ Schilddrüsenerkrankung

☐ Asthma / COPD

☐ Glaukom

☐ Lebererkrankung

☐ Nierenerkrankungen

☐ Blutungsneigung

☐ Krebserkrankungen

☐ Nervenkrankheiten

☐ Krampfanfälle / Epilepsie

☐ Psychische Erkrankung

☐ sonstiges

Tragen sie eine Brille oder Kontaktlinsen?

☐ Nein

☐ Ja

☐ 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 β -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: _____