

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, dass Sie sich mit Ihrem Problem vertrauensvoll an uns wenden. Um Ihnen eine optimale Betreuung in der Sprechstunde bieten zu können, möchten wir Sie vorab die folgenden Fragen durch Ankreuzen der betreffenden Antworten zu beantworten. Alle Angaben werden natürlich vertraulich behandelt.

Datum / date: _____

Name / name: _____ Geb.Datum/date of birth: _____

Telefon / phone: _____ Beruf /Tätigkeit/profession: _____

Hausarzt / family doctor: _____ Frauenarzt / gynecologist: _____

Gewicht / weight: _____ Größe / size: _____

Welche Erkrankungen hatte Sie? / current diseases you have?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> keine / no | <input type="checkbox"/> Blutdruckleiden | <input type="checkbox"/> Augenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Nervenleiden | <input type="checkbox"/> sonstige _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Rheuma | |

Blutgruppe falls bekannt / Blood type if known: _____

Wurden Sie schon einmal operiert? / have you surgical procederes?

- nein / no
- ja / yes wann ? / when? _____ Organ /where: _____

Sind Allergien bekannt? (zB. Medikamente, Heuschnupfen, Pflaster) amy allergies ? (Eg, Drug, hay fever, patches)

- nein / no
- ja / yes welche ? _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? What medications you take regularly?

Für Frauen / for women :

Wann war Ihre letzte Periode? When was you last period ? : _____

Besteht eine Schwangerschaft? Are you pregnant ? : _____

Haben Sie Kinder, wenn ja wieviele ? Do you have children ? nein / no ja / yes ? Wieviele ?