NAME……..

ADRESSE……

……..

TELEFONNUMMER……

BERUF……

BEHANDELNDER/HAUSARZT…….

Gibt es in Ihrer Familie jemanden mit folgenden Erkrankungen?

- ☐ Schlaganfall
- ☐ Diabetes
- ☐ Herzinfarkt
- ☐ Krebs
- ☐ Epilepsie
- ☐ Depression
- ☐ Schizophrenie

Haben Sie schwere Erkrankungen?
Hatten Sie Operationen ?

- ☐ Diabetes
- ☐ Epilepsie
- ☐ Schilddrüse
- ☐ Bandscheibenvorfall
- ☐ Herzinfarkt
- ☐ Schlaganfall
- ☐ Migräne
- ☐ Anderes _____

Wie viel Alkohol trinken Sie?

- ☐ selten (einige Male/Jahr
- ☐ gelegentlich (etwa 1x/Monat)
- ☐ regelmäßig (etwa 1x/Woche)
- ☐ täglich
- ☐ _____

Rauchen Sie?

- ☐ nein
- ☐ gelegentlich
- ☐ 1-5 Stück/Tag
- ☐ 10-15/Tag
- ☐ mehr

Nehmen Sie Drogen:

- ☐ ja
- ☐ nein

Haben Sie Allergien?

- ☐ ja

wenn ja, welche?

Leiden Sie an Schlafstörungen:

- ☐ ja
- ☐ nein

Ihr Familienstand?

- ☐ ledig
- ☐ verheiratet
- ☐ geschieden
- ☐ verwitwet

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

- ☐ ja
- ☐ nein

Name und Dosis	***Früh***	***Mittags***	***abends***