

Sind Ihnen Allergien bekannt? ja nein
Wenn ja, welche? _____

Haben Sie in den letzten 4 Wochen deutlich an Gewicht verloren (> 2 kg)? ja nein

Hatten Sie in den letzten 3 Wochen einen Infekt / Erkältung? ja nein

Risikofaktoren

Bestehen bei Ihnen sogenannte Risikofaktoren?

- Rauchen ja nein
- Übergewicht ja nein
- Fettstoffwechselstörung ja nein
- Zuckerkrankheit ja nein
- Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ja nein

Bisherige Impfungen

Nur Ihnen bekannte Impfungen eintragen. ja nein

- Tetanus, zuletzt am? _____ Tuberkulose
- Masern Keuchhusten Windpocken
- Hepatitis (Leberentzündung): A B Sonstige: _____

Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein
Wenn ja, welche? _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Bitte bringen Sie den Bogen zum Untersuchungstag mit.

Ihr Praxisteam