

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Gibt es in Ihrer Familie bei Verwandten 1. Grades (Eltern, Geschwister) folgende Erkrankungen?

Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja. Wer?	<input type="checkbox"/> nein
Hohes Cholesterin	<input type="checkbox"/> ja. Wer?	<input type="checkbox"/> nein
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/> ja. Wer?	<input type="checkbox"/> nein
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> ja. Wer?	<input type="checkbox"/> nein
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ja. Wer?	<input type="checkbox"/> nein
Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja. Wer?	<input type="checkbox"/> nein
Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/> ja. Wer?	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja. Wer?	<input type="checkbox"/> nein

Weiteres & Notizen

Notfalldatenspeicherung (z.B. Allergien, Medikamente, Kontaktpersonen werden auf Ihrer Gesundheitskarte hinterlegt)

ich stimme zu

ich stimme NICHT zu

Kontaktperson:

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit, Ihr Praxisteam!