

Operationen/ Unfälle Nein Ja

Blutungsstörungen/ Bluterkrankheit Nein Ja

Sonstiges Nein Ja

Rauchen Sie? Nein Ja Wenn ja, wie viel: Nicht mehr seit:

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Nein Ja Wenn ja, wie viel:

Haben Sie Allergien? Nein Ja
 - Gegen Medikamente? Nein Ja

- Wenn ja, gegen welche?
- Andere Allergien?

Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt?

Vorsorge Darmspiegelung Nein Ja wenn ja, wann zuletzt

Sonstige Mitteilungen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

WICHTIG !!

Bitte bringen Sie zu dem Termin Ihren Medikamentenplan, Impfausweis und wichtige Befunde/ Berichte (wenn diese vorliegen) mit.

Hille, den

Unterschrift: