



Rauchen Sie? Nein Ja

Wenn ja, wie viel: Nicht mehr seit:

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Nein Ja Wenn ja, wieviel:

Haben Sie Allergien? Nein Ja

Gegen Medikamente? Nein Ja Wenn ja, gegen welche?
.....

Andere Allergien?

Nehmen Sie Medikamente ein? Nein Ja

Wenn ja , Welche? Bitte auflühren (z.B. xy 1-0-1)

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

6.....

7.....

8.....

9.....

10.....

Wie groß sind Sie: (cm) Wieviel wiegen Sie: (kg)

Haben Sie in den letzten 6 Monaten stark zu- oder abgenommen? Nein zu ab

