



Sind bei Ihnen **chronische Erkrankungen** bekannt oder können Sie sich an **auffällige Befunde früherer Untersuchungen** erinnern?

**JA**

**NEIN**

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welche **Erkrankungen**, insbesondere Diabetes, Bluthochdruck, Herzerkrankungen, Krebs, Ihrer **Eltern oder Geschwister** sind Ihnen bekannt? Oder woran sind diese gestorben?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wie **groß** sind Sie? \_\_\_\_\_ cm und Ihr **Gewicht**? \_\_\_\_\_ kg

**Rauchen** Sie?

**JA**

**NEIN**

Zeigen Sie uns bitte Ihren **Impfausweis**, damit wir Ihren Impfschutz auf Vollständigkeit prüfen können. Wenn Sie den Ausweis nicht dabei haben, bringen Sie ihn bitte zum nächsten Besuch mit!

Bei welchen Ärzten waren oder sind Sie in Behandlung? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Warum haben Sie sich für uns entschieden? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_