

**Leiden Sie unter Allergien /
Medikamentenunverträglichkeiten :**

ja nein

Wenn ja, welcher Art? _____

Wurden Sie schon einmal operiert ?

ja nein

Wenn ja, woran? _____

**Hatten Sie Krankheiten, nach denen
vorstehend nicht gefragt wird ?**

nein ja

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie in letzter Zeit Medikamente ein ?

ja nein

Wenn ja, welche? _____

Gewichtsverlust ?

ja nein

Wieviel? _____

Sind Sie Raucher ?

Wieviel / was? _____

Alkohol ?

Wieviel / was? _____

C. Gegenwärtige Beschwerden

- | | ja | nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Schwindelgefühle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Hals-, Nasen- oder Ohrenbeschwerden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Beschwerden an Mund,
Zähnen oder Wangen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Atemnot
in Ruhe <input type="checkbox"/> bei Belastung <input type="checkbox"/>
nachts <input type="checkbox"/> tagsüber <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Husten mit Auswurf
Wenn ja, welche Farbe? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Husten ohne Auswurf | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Beschwerden in der Brust
oder Herzbeschwerden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Beschwerden im Rücken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Beschwerden in Armen oder Händen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Beschwerden in Beinen oder Füßen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Beschwerden beim Essen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Brechreiz, Erbrechen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Beschwerden im Bauch | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Beschwerden oder Veränderungen
beim Stuhlgang | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Beschwerden in der Nierengegend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Beschwerden oder Veränderungen
beim Wasserlassen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Beschwerden im Bereich der
Geschlechtsorgane | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Hautveränderungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Haben Sie sonstige Beschwerden ?

ja nein

Wenn ja, welche? _____

Unterschrift