

Name des Patienten: Telefonnummer: Email:	Geburtsdatum:
---	---------------

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?			
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Angina pectoris	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	Sonstige Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>
erhöhte Blutfettwerte	<input type="checkbox"/>	Krampfadern	<input type="checkbox"/>
erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>
sonstige Erkrankungen:			
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?		Wenn ja, listen Sie Ihre Medikamente bitte auf:	
ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	1.	
		2.	
		3.	
		4.	
		5.	
Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten?		Wenn ja, listen Sie die Unverträglichkeiten bitte auf:	
ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	1.	
		2.	
		3.	
Leiden Sie an Allergien?		Wenn ja, listen Sie diese bitte auf:	
ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	1.	
		2.	
		3.	
		4.	
		5.	
Welche Operationen wurden bereits durchgeführt?			
1.		3.	
2.		4.	
Aktuelle Beschwerden und erkrankungsspezifische Informationen:			

Ich bin interessiert an alternative medizinischer Behandlung ja nein
 Ich kaufe manchmal freiverkäufliche, pflanzliche Medikamente in der Apotheke ja nein