

Sonstige Fragen zur Krankengeschichte:

ja nein

- 43. Leiden Sie an einer Sehstörung? ja nein
- 44. Wurden Sie schon mal operiert/mehrfach operiert?
Wenn ja, woran? ja nein

- 45. Wurden Sie schon einmal mit Radium oder Röntgenstrahlen behandelt?
Wenn ja, woran? ja nein

- 46. Wann war die letzte Röntgenuntersuchung?

- 47. Waren Sie in den letzten 12 Monaten in Mittelmeerlandern, in Asien oder in den Tropen? ja nein

- 48. Nehmen oder nahmen Sie regelmäßig Medikamente (auch Abführ-, Beruhigungs-, Schlaf oder Kopfschmerzmittel)?
Wenn ja, welche? ja nein

- 49. Nehmen oder nahmen Sie die Pille oder sonstige Hormonpräparate? ja nein

- 50. Trinken Sie regelmäßig alkoholische Getränke? ja nein

- 51. Rauchen Sie gewohnheitsmäßig?
Wenn ja, wieviel? ja nein

- 52. Haben Sie geraucht? ja nein

- 53. Nehmen oder nahmen Sie Drogen?
Wenn ja, welche? ja nein

- 54. Treiben Sie weniger als zweimal wöchentlich Sport? ja nein

Fühlen Sie sich in Ihrer Gesundheit beeinträchtigt?

- 55. durch Lärm (Arbeitsplatz, Freizeit, Nachtruhe) ja nein

- 56. durch Staub/Rauch/Abgase (Arbeitsplatz, Wohnbereich) ja nein

- 57. durch Schichtarbeit ja nein

Es gelten unsere AGB und Datenschutzbestimmungen.

Um Ihren Wunsch auf eine gute Behandlung gerecht zu werden, vereinbaren wir gemeinsam Termine. Damit können wir uns optimal auf die Behandlung vorbereiten. Dennoch können Wartezeiten entstehen, welche wir möglichst gering halten. Sollte es absehbar sein, dass Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitte wir Sie um rechtzeitigen Mitteilung. Für nicht abgesagt Termine berechnen wir 75 Euro pro Stunde.

Vielen Dank für Ihre Mitwirkung.

Seckach, den _____
Datum

Unterschrift

Allgemeinbefinden:

ja nein

- 58. Haben Sie innerhalb der letzten 12 Monate mehr als 5 kg zugenommen? ja nein
- 59. Haben Sie innerhalb der letzten 12 Monate mehr als 5 kg abgenommen? ja nein
- 60. Haben Sie auffallend großen Durst? ja nein
- 61. Schlafen Sie schlecht oder schlafen Sie schlecht ein? ja nein
- 62. Bedrückt Sie etwas ernstliches (beruflich, privat oder in der Partnerschaft)? ja nein
- 63. Leiden Sie an einer Neurose oder anderen nervösen Beschwerden? ja nein

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten vorgekommen?
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

	Vater	Mutter	Großeltern	Kinder
64. Hoher Blutdruck, Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. Übergewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. Zuckerkrankheiten (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68. Gicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69. Nerven-, Gemüts-, Geisteskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. Epilepsie(Krampfanfälle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71. Tuberkulose (Tbc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72. Gallensteine, Nierensteine, Blasensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73. Krebs (einschl. Blutkrebs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74. Suchtkrankheiten (Alkohol, Medikamente, Drogen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75. Andere Krankheiten (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 76. Sind chronische Erkrankungen in der Familie bekannt
Wenn ja, welche ja nein