

ERSTUNTERSUCHUNG

Datum: _____

Familiename

Vorname

Geburtsdatum:

Tel.Nr.:

Jetzige Beschwerden

(Welche? Seit Wann?)

Frühere Erkrankung und Operationen

(Welche? Wann?)

Welche Medikamente nehmen Sie ein inkl. Dosierung und Anzahl (z.B. Concor 5mg 1-0-1)

Rauchen Sie? Falls ja, wieviel und seit Wann?

Trinken Sie Alkohol? Falls ja, wieviel?

Probleme beim Stuhlgang?

Probleme beim Harnlassen?

Allergien?

Ihr Gewicht:

Ihre Größe: