

# 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:**