

Liebe Mitarbeitende,

zur Verbesserung der organisatorischen Abläufe bitten wir Sie unten angegebene Fragen zu beantworten.

(Falls Sie die personenbezogenen Daten schon bei uns angegeben haben sollten, bitte nur Name, Vorname, Geburtsdatum sowie mögliche Änderungen)

Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Straße/Wohnort::	Mail:
Firma/Abteilung:	Telefon:
Tätigkeit:	

Erstuntersuchung: (bitte folgende Fragen komplett ausfüllen)

Nachuntersuchung: (bitte nachfolgend nur Änderungen ausfüllen)

Aktuelle Beschwerden: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche
Beschwerden mit Appetit, Durst, Schlaf, Nachtschweiß, Wasserlassen, Stuhlgang: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche
Unfälle, Operationen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche
Allergien: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche
Medikamente: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche
Herz-Kreislaufferkrankungen (Bluthochdruck, KHK, Herzinfarkt, Herzschwäche, Kurzatmigkeit, Herzrhythmusstörungen etc.) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche
Atmungsorgane (Husten, Asthma, Auswurf, COPD etc.) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche
Neurologische/psychiatrische Erkrankungen (Gleichgewicht, Schwindel, Depression, Lähmungen, Epilepsie, etc.) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche
Erkrankungen der Leber, Niere bzw. des Magen- Darm-Trakts, Blutgerinnungsstörungen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche
Stoffwechselerkrankungen (Diabetes, Schilddrüse, Blutfette etc.): <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche
Hauterkrankungen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche
Bewegungsapparat: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche
Augen/Ohren: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche
Alkohol: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wieviel
Nikotin: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wieviel

Unterschrift: