

Sind Sie zurzeit arbeitsunfähig?

nein ja ^{seit} _____ ^{wegen} _____

Waren Sie innerhalb der letzten sechs Monate arbeitsunfähig?

nein ja ^{von - bis} _____ ^{wegen} _____

Nennen Sie Ihre behandelnden Ärzte in den letzten zwölf Monaten (bitte geben Sie dabei Name, Anschrift und Fachrichtung an).

Bisherige Erkrankungen (mit Zeitangabe):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck _____ | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit _____ |
| <input type="checkbox"/> Herzkrankheit / -infarkt _____ | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung _____ |
| <input type="checkbox"/> Asthma / chronische Bronchitis _____ | <input type="checkbox"/> psychische Erkrankungen _____ |
| <input type="checkbox"/> andere Erkrankungen _____ | |
| <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall _____ | <input type="checkbox"/> Privatunfall _____ |
| <input type="checkbox"/> Operationen _____ | |
| <input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalte _____ | |

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? (Name des Präparates mit Mengenangabe)

Welche anderen Behandlungen erfolgten in den letzten zwölf Monaten?

- Krankengymnastik Ernährungsberatung / Diabetikerschulung Entspannungstherapie
 Bewegungs- / Sporttherapie Psychotherapie Nichtrauchertraining
 sonstige: _____

Rauchen Sie? nein ja Trinken Sie täglich oder fast täglich Alkohol? nein ja

Besteht Schwangerschaft? ja

Ort, Datum

Unterschrift

Sind Sie zurzeit arbeitsunfähig?

nein ja ^{seit} _____ ^{wegen} _____

Waren Sie innerhalb der letzten sechs Monate arbeitsunfähig?

nein ja ^{von - bis} _____ ^{wegen} _____

Nennen Sie Ihre behandelnden Ärzte in den letzten zwölf Monaten (bitte geben Sie dabei Name, Anschrift und Fachrichtung an).

Bisherige Erkrankungen (mit Zeitangabe):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck _____ | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit _____ |
| <input type="checkbox"/> Herzkrankheit / -infarkt _____ | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung _____ |
| <input type="checkbox"/> Asthma / chronische Bronchitis _____ | <input type="checkbox"/> psychische Erkrankungen _____ |
| <input type="checkbox"/> andere Erkrankungen _____ | |
| <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall _____ | <input type="checkbox"/> Privatunfall _____ |
| <input type="checkbox"/> Operationen _____ | |
| <input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalte _____ | |

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? (Name des Präparates mit Mengenangabe)

Welche anderen Behandlungen erfolgten in den letzten zwölf Monaten?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Krankengymnastik | <input type="checkbox"/> Ernährungsberatung / Diabetikerschulung | <input type="checkbox"/> Entspannungstherapie |
| <input type="checkbox"/> Bewegungs- / Sporttherapie | <input type="checkbox"/> Psychotherapie | <input type="checkbox"/> Nichtrauchertraining |
| <input type="checkbox"/> sonstige: _____ | | |

Rauchen Sie? nein ja Trinken Sie täglich oder fast täglich Alkohol? nein ja

Besteht Schwangerschaft? ja