

## Dr. med. Markus Werner

Facharzt für Allgemeinmedizin I Sportmedizin Ärztehaus Bolardusstr. 20A 26721 Emden www.praxis-drwerner.de

## Befragungsbogen zur sportärztlichen Untersuchung

Nama	Cale data			
Name:vorname:				
Anschrift:				
Krankenkasse:Hausar				
Bitte füllen Sie diesen Fragebogen möglic sportmedizinische Betreuung	,			
Sehr geehrte Sportlerin, sehr geehrter Sportler,	So können gezielter bestehende oder mögliche gesundheitliche Probleme bewertet und ggf. weitergehend untersucht werden.			
durch Ihre Mitarbeit helfen Sie uns, das Beste für eine sportärztliche Untersuchung und Vorsorge zu tun. Ihre Antworten sollen vorab ein Bild über den jeweiligen Gesundheitszustand vermitteln.				
Alter:Größe:Gewicht:	Bestanden in der Vergangenheit jemals folgende Beschwerden:			
Welche Sportart(en) wird/werden vorwiegend	Bewusstlosigkeit, Ohnmacht, Schwindel, Sehstörungen, Brustschmerz, ungewöhnliche oder plötzlich auftretende Luftnot, Herzstolpern, Herzrasen oder Herzaussetzer?			
betrieben?	ja nein			
Seit wann betrieben:	Sind in der Familie Herzkrankheiten bekannt oder ist jemand an einem Herzschlag verstorben (plötzlicher			
Wie oft?	Herztod) ja nein			
Evtl. Verein, Mannschaft:	Besteht Impfschutz für Tetanus, Diphtherie, Polio, Hepatitis			
Trainingsaufwand pro Woche (in h):	A/B? ja nein			
. , ,	Besteht das Gefühl, schneller als die Sportkameraden zu			
Befanden Sie sich in letzter Zeit in ja nein	ermüden? ja nein			
ärztlicher Behandlung?	Nehmen Sie Medikamente, Nahrungsergänzungsmittel, Drogen oder leistungsfördernde Substanzen ein?			
Wenn ja, warum?	ja nein			
	Welche?			



Datum:

welche? Wann?			_	7. Stoffwechselerkrankungen	ja	nein
S. Augenbeschwerden (grüner Star, trockene Bindehaut, Brillen-/Kontaktlünsenträger)   Ja nein Welche?   S. Neurologische/psychische Beschwerden?   Ja nein Ges Bewegungsapparates (Gelenke, Muskeln, Knochen, Sehnen)   S. Neurologische/psychische Beschwerden? (Nervenbeeinträchtigung, Krampfleiden, Entzändungen, Gürtelrose, Depression)   Gürtelrose, Depression)   Gürtelrose, Depression)   Ja nein Gürtelrose, Depression   Ja nein Gürtel	Frühere Operationen?	ja	nein	(z. B. Diabetes, Gicht, Schilddrüse,		
B. Augenbeschwerden ja nein (grüner Star, trockene Bindehaut, Brillen-/Kontaktlinsenträger)  Gab es bisher Sportverletzungen? ja nein Welche?  Gab es sonstige Probleme im Bereich ja nein (Nervenbeeinträchtigung, Krampfleiden, Entzündungen, Gürtelrose, Depression)  Gab es sonstige Probleme im Bereich ja nein (Nervenbeeinträchtigung, Krampfleiden, Entzündungen, Gürtelrose, Depression)  Gab es sonstige Probleme im Bereich ja nein (Nervenbeeinträchtigung, Krampfleiden, Entzündungen, Gürtelrose, Depression)  Gürtelrose, Depression)  Wenn ja , welche?  10. Blutungsneigung ja nein (Nasenbüten, Blütergüsse, Gerinnungsstörungen)  11. Chronische Schmerzen ja nein (Randagen, Tapes, Orthesen)  Welche?  11. Chronische Schmerzen ja nein Erkrankungen?  welche?  12. Andere, nicht genannte ja nein Erkrankungen?  welche?  13. Tragen Sie Zahnersatz oder haben Sie lockere Zahne?  14. Enderstankungen ja nein (Lebensgewohnheiten:  (2.6. Infarkt, Herzfehler, Herzschwäche, Herzmuskelentzdg, Herzigsen, "Stolperherz")  Weiveil?  2. Kreislaufseschwerden ja nein (Rauchen Sie? ja nein Weiveil?  3. Durchblutungstörungen, ja nein (Krampfadern, Thrombosen)  4. Erkrankung der Atemwege ja nein (Krampfadern, Thrombosen)  4. Erkrankung der Atemwege ja nein (Krampfadern, Thrombosen)  5. Leberbeschwerden ja nein (Genochtik, Asthma, Toc, Lungenentzdg, Rippenfellentzdg)  5. Leberbeschwerden ja nein (Genochtik, Asthma, Toc, Lungenentzdg, Rippenfellentzdg)  6. Nierenbeschwerden ja nein (Genochtik, Asthma, Toc, Lungenentzdg, Rippenfellentzdg)  6. Nierenbeschwerden ja nein (Genochtik, Asthma, Toc, Lungenentzdg, Rippenfellentzdg)  6. Nierenbeschwerden ja nein (Genochtik, Asthma, Toc, Lungenentzdg, Rippenfellentzdg)  6. Nierenbeschwerden ja nein (Genochtik, Asthma, Toc, Lungenentzdg, Rippenfellentzdg)  6. Nierenbeschwerden ja nein (Genochtik, Asthma, Toc, Lungenentzdg, Rippenfellentzdg)	Welche? Wann?			emontes cholestermy		
Brillen-/Kontaktlinsenträger)  Brillen-/Kontaktlinsenträger)  Brillen-/Kontaktlinsenträger)  Brillen-/Kontaktlinsenträger)  9. Neurologische/psychische Beschwerden? ja nein (Nervenbeeinträchtigung, Krampfleiden, Entzündungen, Gütelrose, Depression)  des Bewegungsapparates (Gelenke, Muskeln, Knochen, Sehnen)  Wenn ja , weiche?  Unagen Sie orthopädische Hilfsmittel? ja nein (Bandagen, Tapes, Orthesen)  Welche?  Sind Allergien bekannt? ja nein (Bandagen, Tapes, Orthesen)  Welche?  Wissen Sie, ob Sie an einer der folgenden Krankeiten leiden oder litten?  1. Herzerkrankungen (z.B. Infarkt, Herzfehler, Herz- schwäche, Herzmuskelentzdg., Herzjagen, "Stolperherz")  2. Kreislaufbeschwerden (z. B. Infarkt, Herzfehler, Herz- schwäche, Herzmuskelentunge, Belastung)  3. Durchblutungstörungen, (Krampfadern, Thrombosen)  4. Erkrankung der Atemwege  ja nein (Krampfadern, Thrombosen)  4. Erkrankung der Atemwege  ja nein (Krampfadern, Thrombosen)  5. Leberbeschwerden  ja nein (Loelbsucht"/Hepatitis, Fettleber, Zirrhose)  6. Nierenbeschwerden  ja nein (Neverbeschwerden  ja nein (Neverbenden, Kentzindlungen, (Krampfadern, Thrombosen)  Britintiansenträger)  ja nein (Neverden?  10. Blutungsneigung (Nasenbluten, Blutergüsse, Gerinnungsstörungen (Nasenbluten, Blutergüsse, (Nasenbluten, Blutergüsse, Gerinnungsstörungen (Nasenbluten, Blutergüsse, Gerinnungsstörungen (Nasenbluten, Blutergüsse, (Nasenbluten, Blutergüsse, Gerinnungsstörungen (Nasenbluten, Blutergüsse, Gerinnungsstörunge			<del></del>		ja	nein
Gab es bisher Sportverletzungen ? ja nein  Welche?  9. Neurologische/psychische Beschwerden? (Nervenbeeinträchtigung, Krampfieden, Entzündungen, Gürtelrose, Depression)  des Bewegungsapparates (Gelenke, Muskeln, Knochen, Sehnen)  Wenn ja , welche?  10. Blutungsneigung ja nein (Nasenbluten, Blutergüsse, Gerinnungssförungen)  11. Chronische Schmerzen ja nein (Bandagen, Tapes, Orthesen)  Welche?  12. Andere, nicht genannte ja nein Erkrankungen?  welche?  Welche?  Welche?  13. Tragen Sie Zahnersatz oder haben Sie lockere Zähne?  Welche?  14. Ebensgewohnheiten: (z.B. höher/niedriger Blutdruck, Kreislaufschwäche, Atemnot bei Belätzung)  2. Kreislaufbeschwerden ja nein (Krampfadern, Thrombosen)  Trinken Sie regelmässig Alkohol? ja nein (Krampfadern, Thrombosen)  Trinken Sie regelmässig Alkohol? ja nein (Krampfadern, Thrombosen)  Trinken Sie regelmässig Alkohol? ja nein (Krampfadern, Thrombosen)  Sie Neurologische/psychische Beschwerden ja nein (Nervenbeeinträchtigung, Falls sie einmal geraucht haben, Kreislaufschwäche, Atemnot bei Belätzung)  Seit wann nicht mehr?						
Welche?  9. Neurologische/psychische Beschwerden? (Nervenbeeinträchtigung, Krampfleiden, Entzündungen, Gürtense, Derpression) des Bewegungsapparates (Gelenke, Muskeln, Knochen, Sehnen)  Wenn ja , welche?  10. Blutungsneigung ja nein (Nasenbluten, Blutergüsse, Gerinnungssförungen)  11. Chronische Schmerzen ja nein (Bandagen, Tapes, Orthesen)  Welche?  Seit wann?  12. Andere, nicht genannte ja nein (Bandalergien bekannt? ja nein Erkrankungen?  Welche?  Wissen Sie, ob Sie an einer der folgenden Krankeiten leiden oder litten?  13. Tragen Sie Zahnersatz oder haben Sie lockere Zähne?  Herzerkrankungen (Lebensgewohnheiten: (2.B. Infark, Herzfehler, Herzschwäche, Herzmuskelentzdg., Herzigen, "Stolperherz")  2. Kreislaufbechwerden ja nein (Rampfadern, Thrombosen)  3. Durchblutungstörungen, (Krampfadern, Thrombosen)  4. Erkrankung der Atemwege ja nein (Krampfadern, Thrombosen)  5. Leberbeschwerden ja nein (Gürtenbeschwerden ja nein (Caelbsucht"/Hepatitis, Fettleber, Zirrhose)  6. Nierenbeschwerden ja nein (Gürtenbeschwerden ja nein (Caelbsucht"/Hepatitis, Fettleber, Zirrhose)  9. Neurologische Beschwerden ja nein (Wieviel? Wie oft?	Cab as higher Sportwarletzungen 2 in	noin		Brillen-/Kontaktlinsenträger)		
Beschwerden? ja nein (Nervenbeeinträchtigung, Krampfielden, Entzündungen, Gürtelrose, Depression)  Gab es sonstige Probleme im Bereich ja nein Gürtelrose, Depression)  Gab es Sewegungsapparates (Gelenke, Muskeln, Knochen, Sehnen)  Wenn ja , welche?  Tragen Sie orthopädische Hilfsmittel? ja nein (Nasenbluten, Blutergüsse, Gerinnungssförungen)  Tragen Sie orthopädische Hilfsmittel? ja nein (Masenbluten, Blutergüsse, Gerinnungssförungen)  Tragen Sie orthopädische Hilfsmittel? ja nein wo?  Welche?  Sind Allergien bekannt? ja nein Erkrankungen?  Welche?  Wissen Sie, ob Sie an einer der folgenden Krankeiten leiden oder litten?  1. Herzerkrankungen ja nein (z.B. Infarkt, Herzfehler, Herzschwiche, Herzmuskelentzdg., Herzmuskelentzdg., Herzmuskelentzdg., Herzmuskelentzdg., Herzmuskelentzdg., Herzigapen, "Stolperherz")  2. Kreislaufbeschwerden ja nein (z.B. hoher/nledriger Blutdruck, Kreislaufschwäche, Atemnot bei Belastung)  3. Durchblutungstörungen, ja nein (Krampfadern, Thrombosen)  4. Erkrankung der Atemwege ja nein (Krampfadern, Thrombosen)  5. Leberbeschwerden ja nein ("Gelbsucht"/Hepatitis, Fettleber, Zirrhose)  6. Nierenbeschwerden ja nein ("Gelbsucht"/Hepatitis, Fettleber, Zirrhose)  6. Nierenbeschwerden ja nein		пеш		9 Neurologische/nsychische		
(Nervenbeeinträchtigung, Krampfleiden, Entzündungen, Gürtelrose, Depression)  des Bewegungsapparates (Gelenke, Muskeln, Knochen, Sehnen)  Wenn ja , welche?  10. Blutungsneigung ja nein (Nasenbluten, Blutergüsse, Gerinnungsstörungen)  11. Chronische Schmerzen ja nein (Bandagen, Tapes, Orthesen)  Welche?  12. Andere, nicht genannte ja nein Erkrankungen?  welche?  Wissen Sie, ob Sie an einer der folgenden Krankeiten leiden oder litten?  1. Herzerkrankungen ja nein (Lebensgewohnheiten:  (2.B. Infarkt, Herzfehler, Herzschwäche, Herzmuskelentzdg., Herzigen, "Stolperherz")  Weiveil?  2. Kreislaufbeschwerden ja nein (Z.B. Norther)  Rauchen Sie? ja nein Wieviel?  4. Erkrankungen, ja nein (Krampfadern, Thrombosen)  7. Trinken Sie regelmässig Alkohol? ja nein (Krampfadern, Thrombosen)  4. Erkrankung der Atemwege ja nein (Krampfadern, Thrombosen)  4. Erkrankung der Atemwege ja nein (Krampfadern, Thrombosen)  5. Leberbeschwerden ja nein ("Gelbsucht"/Hepatitis, Fettleber, Zirrhose)  6. Nierenbeschwerden ja nein ("Gelbsucht"/Hepatitis, Fettleber, Zirrhose)  6. Nierenbeschwerden ja nein ("Gelbsucht"/Hepatitis, Fettleber, Zirrhose)	weiche:				ia	nein
Gab es sonstige Probleme im Bereich ja nein Gürtelrose, Depression) des Bewegungsapparates (Gelenke, Muskeln, Knochen, Sehnen) Wenn ja , welche?  10. Blutungsneigung ja nein (Nasenbluten, Blutergüsse, Gerinnungsstörungen)  11. Chronische Schmerzen ja nein (Bandagen, Tapes, Orthesen) Welche?  11. Chronische Schmerzen ja nein (Bandagen, Tapes, Orthesen) Welche?  12. Andere, nicht genannte ja nein Erkrankungen? welche?  Wissen Sie, ob Sie an einer der folgenden Krankeiten leiden oder litten?  1. Herzerkrankungen ja nein (Z.B. Infarkt, Herzfehler, Herz- schwäche, Herzmuskelentzdg., Herzjagen, "Stolperherz") Wieviel?  2. Kreislaufbeschwerden ja nein (Z.B. hoher/niedriger Blutdruck, Kreislaufschwäche, Attemnot bei Belastung)  3. Durchblutungstörungen, ja nein (Krampfadern, Thrombosen)  4. Erkrankung der Atemwege ja nein (Krampfadern, Rippenfellentzdg.) 5. Leberbeschwerden ja nein (Gürtelrose, Depression)  10. Blutungsneigung ja nein (Nasenbluten, Blutergüsse, Gerinnungsstörungen)  11. Chronische Schmerzen ja nein Erkrankungen?  wo?  12. Andere, nicht genannte ja nein Erkrankungen?  welche?  13. Tragen Sie Zahnersatz oder haben Sie lockere Zähne?  ibenessewohnheiten:  (Z.B. hoher/niedriger Blutdruck, Kreislaufschwäche, Attemnot bei Belastung)  3. Durchblutungstörungen, (Krampfadern, Thrombosen)  4. Erkrankung der Atemwege ja nein (Krampfadern, Rippenfellentzdg.)  5. Leberbeschwerden ("Gelbsucht"/Hepatitis, Fettleber, Zirrhose)  6. Nierenbeschwerden ja nein					,	
des Bewegungsapparates (Gelenke, Muskeln, Knochen, Sehnen)  Wenn ja , welche?  """ (Nasenbluten, Blutergüsse, Gerinnungsstörungen)  11. Chronische Schmerzen ja nein (Bandagen, Tapes, Orthesen)  Welche?  """ seit wann?  12. Andere, nicht genannte ja nein Erkrankungen?  Welche?  """ welche?  "" "" welche?  """ "" welche?  """ "" "" welche?  """ "" "" "" "" "" "" "" "" "" "" "" "				Krampfleiden, Entzündungen,		
Muskeln, Knochen, Sehnen) Wenn ja , welche?    10. Blutungsneigung (Nasenbluten, Blutergüsse, Gerinnungsstörungen)		ja	nein	Gürtelrose, Depression)		
Wenn ja , welche?  (Nasenbluten, Blutergüsse, Gerinnungsstörungen)  11. Chronische Schmerzen ja nein (Bandagen, Tapes, Orthesen)  Welche?  Seit wann?  12. Andere, nicht genannte ja nein Erkrankungen?  welche?  Wissen Sie, ob Sie an einer der folgenden Krankeiten leiden oder litten?  13. Tragen Sie Zahnersatz oder haben Sie lockere Zähne?  14. Herzerkrankungen  (z.B. Infarkt, Herzfehler, Herzschwäche, Herzmuskelentzdg., Herzlagen, "Stolperherz")  2. Kreislaufbeschwerden ja nein (Z.B. hoher/niedriger Blutdruck, Kreislaufschwäche, Atemnot bei Belastung)  3. Durchblutungstörungen, ja nein (Krampfadern, Thrombosen)  4. Erkrankung der Atemwege ja nein (Krampfadern, Thrombosen)  5. Leberbeschwerden ja nein ("Gelbsucht"/Hepatitis, Fettleber, Zirrhose)  6. Nierenbeschwerden ja nein				40.01		
Gerinnungsstörungen)  11. Chronische Schmerzen ja nein (Bandagen, Tapes, Orthesen)  Welche?  12. Andere, nicht genannte ja nein Erkrankungen?  Welche?  Wissen Sie, ob Sie an einer der folgenden Krankeiten leiden oder litten?  13. Tragen Sie Zahnersatz oder haben Sie lockere Zähne?  14. Herzerkrankungen  (2.B. Infarkt, Herzfehler, Herzschwäche, Herzmuskelentzdg., Herzjagen, "Stolperherz")  25. Kreislaufbeschwerden ja nein (2.B. hoher/niedriger Blutdruck, Kreislaufschwäche, Atemnot bei Belastung)  36. Durchblutungstörungen, ja nein (Krampfadern, Thrombosen)  47. Erkrankung der Atemwege ja nein (Krampfadern, Thrombosen)  48. Erkrankung der Atemwege ja nein (Gelbsucht"/Hepatitis, Fettleber, Zirrhose)  59. Nierenbeschwerden ja nein ("Gelbsucht"/Hepatitis, Fettleber, Zirrhose)  60. Nierenbeschwerden ja nein	The state of the s				Ja	nein
Tragen Sie orthopädische Hilfsmittel ? ja nein (Bandagen, Tapes, Orthesen)  Welche?  Sind Allergien bekannt?  Welche?  12. Andere, nicht genannte ja nein Erkrankungen?  Welche?  Wissen Sie, ob Sie an einer der folgenden Krankeiten leiden oder litten?  13. Tragen Sie Zahnersatz oder ja nein haben Sie lockere Zähne?  14. Herzerkrankungen ja nein (z.B. infarkt, Herzfehler, Herzschwäche, Herzmuskelentzdg., Herzigagen, "Stolperherz")  25. Kreislaufbeschwerden ja nein (Kranpfadern, Thrombosen)  36. Durchblutungstörungen, ja nein (Kranpfadern, Thrombosen)  47. Erkrankung der Atemwege ja nein (Bronchitis, Asthma, Tbc, Lungenentzdg., Rippenfellentzdg.)  58. Leberbsechwerden ja nein ("Gelbsucht"/Hepatitis, Fettleber, Zirrhose)  59. Nierenbeschwerden ja nein ("Gelbsucht"/Hepatitis, Fettleber, Zirrhose)  60. Nierenbeschwerden ja nein	weith ja, weithe:					
Tragen Sie orthopädische Hilfsmittel? ja nein (Bandagen, Tapes, Orthesen)  Welche?  seit wann?  12. Andere, nicht genannte ja nein Erkrankungen?  welche?  welche?  13. Tragen Sie Zahnersatz oder ja nein haben Sie lockere Zähne?  leiden oder litten?  14. Herzerkrankungen ja nein Lebensgewohnheiten: (z.B. Infarkt, Herzfehler, Herzschwäche, Herzmuskelentzdg., Herzjagen, "Stolperherz")  Wieviel?  25. Kreislaufbeschwerden ja nein (z.B. hoher/niedriger Blutdruck, Kreislaufschwäche, Atemnot bei Belastung)  36. Durchblutungstörungen, ja nein (Krampfadern, Thrombosen)  47. Erkrankung der Atemwege ja nein (Bronchitis, Asthma, Tbc, Lungenentzdg., Rippenfellentzdg.)  58. Leberbeschwerden ja nein ("Gelbsucht"/Hepatitis, Fettleber, Zirrhose)  66. Nierenbeschwerden ja nein				Germinangsstorungen		
(Bandagen, Tapes, Orthesen)  Welche?  Seit wann?  12. Andere, nicht genannte ja nein Erkrankungen?  Welche?  Welche?  Wissen Sie, ob Sie an einer der folgenden Krankeiten leiden oder litten?  13. Tragen Sie Zahnersatz oder ja nein haben Sie lockere Zähne?  14. Herzerkrankungen ja nein Lebensgewohnheiten:  (z.B. Infarkt, Herzfehler, Herzschwäche, Herzmuskelentzdg, Rauchen Sie? ja nein (z.B. hoher/niedriger Blutdruck, Kreislaufsbeschwerden ja nein (z.B. hoher/niedriger Blutdruck, Kreislaufschwäche, Atemnot bei Belastung)  3. Durchblutungstörungen, ja nein (Krampfadern, Thrombosen)  4. Erkrankung der Atemwege ja nein (Bronchitis, Asthma, Tbc, Lungenentzdg., Rippenfellentzdg.)  5. Leberbeschwerden ja nein ("Gelbsucht"/Hepatitis, Fettleber, Zirrhose)  6. Nierenbeschwerden ja nein			<del></del>	11. Chronische Schmerzen	ja	nein
Seit wann?	=	ja	nein			
Sind Allergien bekannt?  Ja nein Erkrankungen?  welche?  12. Andere, nicht genannte ja nein Erkrankungen?  welche?  13. Tragen Sie Zahnersatz oder haben Sie lockere Zähne?  leiden oder litten?  1. Herzerkrankungen  (z.B. Infarkt, Herzfehler, Herzschwäche, Herzmuskelentzdg., Herzjagen, "Stolperherz")  2. Kreislaufbeschwerden ja nein (z.B. hoher/niedriger Blutdruck, Kreislaufschwäche, Atemnot bei Belastung)  3. Durchblutungstörungen, (Krampfadern, Thrombosen)  4. Erkrankung der Atemwege ja nein (Bronchitis, Asthma, Tbc, Lungenentzdg., Rippenfellentzdg.)  5. Leberbeschwerden ja nein ("Gelbsucht"/Hepatitis, Fettleber, Zirrhose)  6. Nierenbeschwerden ja nein				wo?		
12. Andere, nicht genannte ja nein Erkrankungen?   13. Tragen Sie Zahnersatz oder haben Sie lockere Zähne?   13. Tragen Sie Zahnersatz oder haben Sie lockere Zähne?   13. Tragen Sie Zahnersatz oder haben Sie lockere Zähne?   14. Merzerkrankungen   15. Infarkt, Herzfehler, Herzschwäche, Herzmuskelentzdg., Herzjagen, "Stolperherz")   15. Kreislaufbeschwerden   15. Merzerkrankungen   15.	weicher			seit wann?		
Sind Allergien bekannt?  Welche?  welche?  13. Tragen Sie Zahnersatz oder ja nein haben Sie lockere Zähne?  14. Herzerkrankungen ja nein Lebensgewohnheiten:  (z.B. Infarkt, Herzfehler, Herzschwäche, Herzmuskelentzdg., Herzjagen, "Stolperherz")  2. Kreislaufbeschwerden ja nein (z.B. hoher/niedriger Blutdruck, Kreislaufschwäche, Atemnot bei Belastung)  3. Durchblutungstörungen, ja nein (Krampfadern, Thrombosen)  4. Erkrankung der Atemwege ja nein (Bronchitis, Asthma, Tbc, Lungenentzdg., Rippenfellentzdg.)  5. Leberbeschwerden ja nein ("Gelbsucht"/Hepatitis, Fettleber, Zirrhose)  6. Nierenbeschwerden ja nein						
Welche?  welche?  13. Tragen Sie Zahnersatz oder ja nein haben Sie lockere Zähne?  14. Herzerkrankungen ja nein Lebensgewohnheiten:  (z.B. Infarkt, Herzfehler, Herzschwäche, Herzmuskelentzdg., Herzjagen, "Stolperherz")  2. Kreislaufbeschwerden ja nein (z.B. hoher/niedriger Blutdruck, Kreislaufschwäche, Atemnot bei Belastung)  3. Durchblutungstörungen, ja nein (Krampfadern, Thrombosen)  4. Erkrankung der Atemwege ja nein (Bronchitis, Asthma, Tbc, Lungenentzdg., Rippenfellentzdg.)  5. Leberbeschwerden ja nein ("Gelbsucht"/Hepatitis, Fettleber, Zirrhose)  6. Nierenbeschwerden ja nein					ja	nein
welche?		ja	nein	Erkrankungen?		
Wissen Sie, ob Sie an einer der folgenden Krankeiten leiden oder litten?  1. Herzerkrankungen ja nein Lebensgewohnheiten: (z.B. Infarkt, Herzfehler, Herzschwäche, Herzmuskelentzdg., Herzjagen, "Stolperherz")  2. Kreislaufbeschwerden ja nein (z.B. hoher/niedriger Blutdruck, Kreislaufschwäche, Atemnot bei Belastung)  3. Durchblutungstörungen, ja nein (Krampfadern, Thrombosen)  4. Erkrankung der Atemwege ja nein (Bronchitis, Asthma, Tbc, Lungenentzdg., Rippenfellentzdg.)  5. Leberbeschwerden ja nein ("Gelbsucht"/Hepatitis, Fettleber, Zirrhose)  13. Tragen Sie Zahnersatz oder haben?  Lebensgewohnheiten:  Lebensgewohnheiten:  Lebensgewohnheiten:  Lebensgewohnheiten:  Lebensgewohnheiten:  A. Euchen Sie?  ja nein  Wieviel?  Trinken Sie einmal geraucht haben,  Trinken Sie regelmässig Alkohol?  ja nein  Wieviel? Wie oft?  Wieviel? Wie oft?  S. Leberbeschwerden ja nein  ("Gelbsucht"/Hepatitis, Fettleber,  Zirrhose)  6. Nierenbeschwerden ja nein	Welche?			welche?		
Wissen Sie, ob Sie an einer der folgenden Krankeiten leiden oder litten?  1. Herzerkrankungen (z.B. Infarkt, Herzfehler, Herzschwäche, Herzmuskelentzdg., Herzjagen, "Stolperherz")  2. Kreislaufbeschwerden (z.B. hoher/niedriger Blutdruck, Kreislaufschwäche, Atemnot bei Belastung)  3. Durchblutungstörungen, ja nein (Krampfadern, Thrombosen)  4. Erkrankung der Atemwege (Bronchitis, Asthma, Tbc, Lungenentzdg., Rippenfellentzdg.)  5. Leberbeschwerden ("Gelbsucht"/Hepatitis, Fettleber, Zirrhose)  6. Nierenbeschwerden  ja nein  haben Sie lockere Zähne?  Lebensgewohnheiten:  Rauchen Sie?  ja nein  Wieviel?  Falls sie einmal geraucht haben,  Falls sie einmal geraucht haben,  Frinken Sie regelmässig Alkohol?  ja nein  Wieviel? Wie oft?  Wieviel? Wie oft?  S. Leberbeschwerden  ("Gelbsucht"/Hepatitis, Fettleber, Zirrhose)  6. Nierenbeschwerden  ja nein						
leiden oder litten?  1. Herzerkrankungen (z.B. Infarkt, Herzfehler, Herz- schwäche, Herzmuskelentzdg., Herzjagen, "Stolperherz")  2. Kreislaufbeschwerden (z.B. hoher/niedriger Blutdruck, Kreislaufschwäche, Atemnot bei Belastung)  3. Durchblutungstörungen, (Krampfadern, Thrombosen)  4. Erkrankung der Atemwege (Bronchitis, Asthma, Tbc, Lungenentzdg., Rauchen Sie?  ja nein  Falls sie einmal geraucht haben, Kreislaufschwäche, Atemnot bei Belastung)  3. Durchblutungstörungen, (Krampfadern, Thrombosen)  4. Erkrankung der Atemwege (Bronchitis, Asthma, Tbc, Lungenentzdg., Rippenfellentzdg.)  5. Leberbeschwerden ("Gelbsucht"/Hepatitis, Fettleber, Zirrhose)  6. Nierenbeschwerden  ja nein				_	ja	nein
1. Herzerkrankungen (z.B. Infarkt, Herzfehler, Herzschwäche, Herzmuskelentzdg., Herzjagen, "Stolperherz")  2. Kreislaufbeschwerden (z.B. hoher/niedriger Blutdruck, Kreislaufschwäche, Atemnot bei Belastung)  3. Durchblutungstörungen, (Krampfadern, Thrombosen)  4. Erkrankung der Atemwege (Bronchitis, Asthma, Tbc, Lungenentzdg., Rippenfellentzdg.)  5. Leberbeschwerden ("Gelbsucht"/Hepatitis, Fettleber, Zirrhose)  6. Nierenbeschwerden  (z.B. hoher/sie?    Mieviel?     Sauchen Sie?     Ja nein     Wieviel?     Seit wann nicht mehr?     Seit wann nicht mehr?     Trinken Sie regelmässig Alkohol?   Ja nein     Wieviel? Wie oft?     Surenbeschwerden   Ja nein   Seit wann nicht mehr?     Ja nein     Wieviel? Wie oft?     Surenbeschwerden   Ja nein     Surenbeschwerden   Surenbeschwerden   Ja nein     Surenbeschwerden     Surenbeschw	_	n Krankeit	en	haben Sie lockere Zähne?		
(z.B. Infarkt, Herzfehler, Herzschwäche, Herzmuskelentzdg., Herzjagen, "Stolperherz")  2. Kreislaufbeschwerden (z.B. hoher/niedriger Blutdruck, Kreislaufschwäche, Atemnot bei Belastung)  3. Durchblutungstörungen, (Krampfadern, Thrombosen)  4. Erkrankung der Atemwege (Bronchitis, Asthma, Tbc, Lungenentzdg., Rippenfellentzdg.)  5. Leberbeschwerden ("Gelbsucht"/Hepatitis, Fettleber, Zirrhose)  Rauchen Sie?  ja nein  Wieviel?  Falls sie einmal geraucht haben, Fa	reiden oder meten.					
schwäche, Herzmuskelentzdg., Herzjagen, "Stolperherz")  2. Kreislaufbeschwerden (z.B. hoher/niedriger Blutdruck, Kreislaufschwäche, Atemnot bei Belastung)  3. Durchblutungstörungen, (Krampfadern, Thrombosen)  4. Erkrankung der Atemwege (Bronchitis, Asthma, Tbc, Lungenentzdg., Rippenfellentzdg.)  5. Leberbeschwerden ("Gelbsucht"/Hepatitis, Fettleber, Zirrhose)  Rauchen Sie?  Wieviel?  Falls sie einmal geraucht haben, Wieviel?  Wieviel?  Wieviel? Wie oft?  In nein ("Gelbsucht"/Hepatitis, Fettleber, Zirrhose)  6. Nierenbeschwerden  ja nein	1. Herzerkrankungen	ja	nein	Lebensgewohnheiten:		
Herzjagen, "Stolperherz")  Wieviel?	· ·					_
Wieviel?  2. Kreislaufbeschwerden (z.B. hoher/niedriger Blutdruck, Kreislaufschwäche, Atemnot bei Belastung)  3. Durchblutungstörungen, (Krampfadern, Thrombosen)  4. Erkrankung der Atemwege (Bronchitis, Asthma, Tbc, Lungenentzdg., Rippenfellentzdg.)  5. Leberbeschwerden ("Gelbsucht"/Hepatitis, Fettleber, Zirrhose)  Wieviel?  Wieviel?  Wieviel? Wie oft?  Wieviel? Wie oft?  Description  Nein  Wieviel? Wie oft?  Description  Nein  Wieviel? Wie oft?  Description  Nein  Nein				Rauchen Sie?	ja	nein
2. Kreislaufbeschwerden (z.B. hoher/niedriger Blutdruck, Kreislaufschwäche, Atemnot bei Belastung)  3. Durchblutungstörungen, (Krampfadern, Thrombosen)  4. Erkrankung der Atemwege (Bronchitis, Asthma, Tbc, Lungenentzdg., Rippenfellentzdg.)  5. Leberbeschwerden ("Gelbsucht"/Hepatitis, Fettleber, Zirrhose)  6. Nierenbeschwerden  ja nein  Falls sie einmal geraucht haben, Falls sie einmal geraucht	Herzjagen, "Stolperherz")			Wieviel?		
(z.B. hoher/niedriger Blutdruck, Kreislaufschwäche, Atemnot bei Belastung)  3. Durchblutungstörungen, (Krampfadern, Thrombosen)  4. Erkrankung der Atemwege (Bronchitis, Asthma, Tbc, Lungenentzdg., Rippenfellentzdg.)  5. Leberbeschwerden ("Gelbsucht"/Hepatitis, Fettleber, Zirrhose)  6. Nierenbeschwerden  ja nein  Falls sie einmal geraucht haben, Falls sie einmal	2. Kreislaufbeschwerden	ia	nein			
Belastung)  3. Durchblutungstörungen, ja nein (Krampfadern, Thrombosen)  4. Erkrankung der Atemwege ja nein (Bronchitis, Asthma, Tbc, Lungenentzdg., Rippenfellentzdg.)  5. Leberbeschwerden ja nein ("Gelbsucht"/Hepatitis, Fettleber, Zirrhose)  6. Nierenbeschwerden ja nein	(z.B. hoher/niedriger Blutdruck,	•		Falls sie einmal geraucht haben,		
3. Durchblutungstörungen, (Krampfadern, Thrombosen)  4. Erkrankung der Atemwege (Bronchitis, Asthma, Tbc, Lungenentzdg., Rippenfellentzdg.)  5. Leberbeschwerden ("Gelbsucht"/Hepatitis, Fettleber, Zirrhose)  6. Nierenbeschwerden  ja nein  Trinken Sie regelmässig Alkohol?  ja nein  Wieviel? Wie oft?  nein  Mieviel? Wie oft?  nein						
(Krampfadern, Thrombosen)  Trinken Sie regelmässig Alkohol? ja nein  4. Erkrankung der Atemwege ja nein (Bronchitis, Asthma, Tbc, Lungenentzdg., Rippenfellentzdg.)  5. Leberbeschwerden ja nein ("Gelbsucht"/Hepatitis, Fettleber, Zirrhose)  6. Nierenbeschwerden ja nein	Belastung)			seit wann nicht mehr?		
(Krampfadern, Thrombosen)  Trinken Sie regelmässig Alkohol? ja nein  4. Erkrankung der Atemwege ja nein (Bronchitis, Asthma, Tbc, Lungenentzdg., Rippenfellentzdg.)  5. Leberbeschwerden ja nein ("Gelbsucht"/Hepatitis, Fettleber, Zirrhose)  6. Nierenbeschwerden ja nein	3 Durchhlutungstörungen	ia	nein			
4. Erkrankung der Atemwege ja nein Wieviel? Wie oft?		ju	nem	Trinken Sie regelmässig Alkohol?	ja	nein
(Bronchitis, Asthma, Tbc, Lungenentzdg., Rippenfellentzdg.)  5. Leberbeschwerden ja nein ("Gelbsucht"/Hepatitis, Fettleber, Zirrhose)  6. Nierenbeschwerden ja nein	,					
Lungenentzdg., Rippenfellentzdg.)  5. Leberbeschwerden ja nein ("Gelbsucht"/Hepatitis, Fettleber, Zirrhose)  6. Nierenbeschwerden ja nein	=	ja	nein	Wieviel? Wie oft?		
5. Leberbeschwerden ja nein ("Gelbsucht"/Hepatitis, Fettleber, Zirrhose)  6. Nierenbeschwerden ja nein						
("Gelbsucht"/Hepatitis, Fettleber, Zirrhose)  6. Nierenbeschwerden ja nein	Lungenentzdg., Rippenfellentzdg.)					
("Gelbsucht"/Hepatitis, Fettleber, Zirrhose)  6. Nierenbeschwerden ja nein	5. Leberbeschwerden	ia	nein			
Zirrhose)  6. Nierenbeschwerden ja nein		,-	-			
,	Zirrhose)					
,	6 Nigranhaschwarden	ia	nein			
(Nierensteine, Entzundung)	(Nierensteine, Entzündung)	Ja	110111			
Ich versichere die Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben:		en gemacht	zu haben:			

Unterschrift: