

► Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente**?

- Nein
- Ja, und zwar?

1. _____	6. _____
2. _____	7. _____
3. _____	8. _____
4. _____	9. _____
5. _____	10. _____

► Besuchen Sie noch **weitere Ärzte**?

- Nein
- Ja, wen?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

► Bestehen **Allergien/Medikamenten-unverträglichkeiten**?

- Nein
- Ja, und zwar?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

► **Rauchen** Sie?

- Nein
- Ja

► Wie oft trinken Sie **Alkohol**?

- regelmäßig
- manchmal
- nie

► Was sind Sie von **Beruf**?

► Wünschen Sie, dass Ihr Hausarzt oder andere Sie behandelnde Ärzte von uns gegebenenfalls einen **Arztbericht** zugestellt bekommen?

- Nein
- Ja

Wenn ja, nennen Sie uns bitte die Ärzte, die einen Bericht erhalten sollen.
(Name/Ort der Praxis).

1. _____
2. _____

► Folgende Personen sind berechtigt, medizinische Unterlagen (wie z.B. Überweisungen) für mich abzuholen:

Mülheim/Ruhr, den _____

Unterschrift _____