

# Allgemeine Patientendaten Männer

Nummer: FO-14231    Gültig ab: Gültig ab

## Allgemeine Daten

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

Name/ Anschrift des Hausarztes:

\_\_\_\_\_

## Persönliche Daten

Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg (Änderungen? \_\_\_\_\_ )    Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm

Rauchen Sie?     Nie geraucht     Nichtraucher seit: \_\_\_\_\_

Ja, \_\_\_\_\_ Zigaretten / Tag, seit \_\_\_\_\_ Jahren

Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt? Operationen? Allergien?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Alle Angaben werden natürlich streng vertraulich behandelt und dienen nur unserer Information.

Vielen Dank

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten