

Name, Geburtsname, Vorname		
geboren am	in	Beruf
wohnhalt in (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)		
Telefonnummer	Mobilnummer	E-Mail-Adresse
<input type="checkbox"/> amtsbekannt	ausgewiesen durch	<input type="checkbox"/> Reisepass <input type="checkbox"/> Personalausweis
wurde zwecks ..... begutachtet.		
veranlasst von .....		
mit Schreiben vom ..... GZ: .....		

**Angaben zur Untersuchung (ggf. auf separatem Blatt)**

<p><b>1. Familienvorgeschichte</b> (Eltern, Geschwister, Kinder) folgende Krankheiten:</p> <p><input type="checkbox"/> hoher Blutdruck      <input type="checkbox"/> krankhaftes Übergewicht      <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit      <input type="checkbox"/> Herz- und Kreislauferkrankungen</p> <p><input type="checkbox"/> Suchtkrankheiten      <input type="checkbox"/> rheumatische Krankheiten      <input type="checkbox"/> Augenerkrankungen      <input type="checkbox"/> Krebs</p> <p><input type="checkbox"/> Erkrankungen des Nervensystems und der Psyche      <input type="checkbox"/> Sonstiges .....</p> <p><input type="checkbox"/> keine ernsten Krankheiten</p>	
<p><b>2. Eigene Vorgeschichte,</b> folgende Krankheiten:</p> <p><input type="checkbox"/> hoher Blutdruck</p> <p><input type="checkbox"/> Allergien, Heuschnupfen, Asthma</p> <p><input type="checkbox"/> chronische Lungenerkrankungen</p> <p><input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)</p> <p><input type="checkbox"/> chronische Infektionserkrankungen (z. B. Tuberkulose, Hepatitis B/C, HIV-Infektion/ AIDS-Erkrankung)</p> <p><input type="checkbox"/> Mandelentzündungen, Scharlach</p> <p><input type="checkbox"/> Erkrankungen des Nervensystems und der Psyche</p> <p><input type="checkbox"/> rheumatische Krankheiten</p> <p><input type="checkbox"/> Krebs</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstige:</p> <p><input type="checkbox"/> keine ernsten Krankheiten oder Behinderungen</p>	<p>Krankheiten folgender Organe:</p> <p><input type="checkbox"/> Blutgefäße      <input type="checkbox"/> Nervensystem, Gehirn</p> <p><input type="checkbox"/> Bronchien/Lunge      <input type="checkbox"/> Augen</p> <p><input type="checkbox"/> Gallenblase      <input type="checkbox"/> Ohren und Gleichgewichtssinn</p> <p><input type="checkbox"/> Harnblase      <input type="checkbox"/> Schilddrüse</p> <p><input type="checkbox"/> Haut      <input type="checkbox"/> Sonstiges .....</p> <p><input type="checkbox"/> Herz .....</p> <p><input type="checkbox"/> Leber .....</p> <p><input type="checkbox"/> Magen und Darm .....</p> <p><input type="checkbox"/> Nieren .....</p> <p><input type="checkbox"/> Bewegungsapparat (Knochen, Gelenke und Wirbelsäule)</p>
<p>Wurden Sie wegen eines bestimmten Leidens längere Zeit oder wiederholt behandelt?</p> <p><input type="checkbox"/> nein      <input type="checkbox"/> ja      weshalb .....</p> <p>von wem .....</p> <p>Krankenhausaufenthalte/Kuren (Jahr / Dauer / Grund) .....</p> <p>.....</p> <p>Operationen (Jahr) .....</p> <p>Bei Frauen: Geburten (Jahr) .....</p>	

