



Nome _____ Vorname _____ Geburstdatum _____

Haben Sie Unverträglichkeit gegen Medikamente oder Lebensmittel? Nein Ja

Wenn ja, welche?

Nehmen Sie regelmässig Medikamente? Nein Ja

Wenn ja, welche?

Haben Sie Schwierigkeiten mit langem Bluten? Nein Ja

Wenn ja, welche?

Haben Sie sonstige Probleme bei Operationen? Nein Ja

Wenn ja, welche?

Nehmen Sie Blutverdünner? Nein Ja

Wenn ja, welche?

Hatten Sie jemals oder haben Sie Herz- oder Kreislaufstörungen? Nein Ja

Wenn ja, wann?

Rauchen Sie oder haben Sie früher geraucht? Nie Nicht mehr Ja

Wenn ja, wieviel pro Tag über wie viele Jahre:

Haben Sie Probleme mit der Blutgerinnung? Nein Ja

Hatten Sie jemals oder haben Sie:

Zu hohen Blutdruck? Nein Ja

Wenn ja, seit wann?

Welche Werte hatten Sie in der letzten Zeit?

Erhöhte Blutfette? Nein Ja

Wenn ja, seit wann?

Diabetes? Nein Ja

Wenn ja, seit wann?

Insulinpflichtig? Nein Ja Wenn ja, seit wann?

letzter HbA1c-Wert Datum
(Langzeitzucker)



Magen- oder Darmprobleme?	Nein	Ja
Wenn ja, seit wann?		

Eine rheumatische Erkrankung?	Nein	Ja
Wenn ja, welche und seit wann:		

Schlaf-Apnoe-Syndrom (Schnarchen mit Atemaussetzern beim Schlafen)?	Nein	Ja
Wenn ja, seit wann?		

Vertrag?	Nein	Ja
Wenn ja, seit wann?		

Lungenkrankheit, Asthma?	Nein	Ja
Wenn ja, seit wann?		

Hepatitis oder andere chronische Infektionskrankheiten (HIV, Tuberkulose)?	Nein	Ja
Wenn ja, seit wann?		

Tumoren oder eine andere ernsthafte Erkrankung?	Nein	Ja
Wenn ja, seit wann?		

Seit wann tragen Sie eine Brille?

Wurden Sie bereits einmal an den Augen operiert oder haben Sie Verletzungen an den Augen?	Nein	Ja
Wenn ja, was ist passiert und wann?		

Mussten Sie schon einmal oder müssen Sie über längere Zeit Augentropfen nehmen?	Nein	Ja
Wenn Ja, was, wann?		

Seit wann besteht die jetzige Störung Ihrer Augen?

Fahren Sie ein Auto?	Nein	Ja
----------------------	------	----

Ort, Datum

Unterschrift