



Waren Sie in den letzten 2 Jahren im Krankenhaus?

Wenn ja, warum? Wurden Sie schon einmal operiert?

---

---

### Allgemeine Fragen

- Rauchen Sie?

Nein  Ja, wieviel? \_\_\_\_\_

- Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

Nein  Ja, wieviel? \_\_\_\_\_

- Haben Sie Probleme mit Stuhlgang oder Wasserlassen?

Nein  Ja, in welcher Art? \_\_\_\_\_

- Leiden Sie unter wiederkehrenden Schmerzen?

Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

- Haben Sie seelische Beschwerden?

Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie besondere Wünsche bei Ihrer Ärztin?

Wenn Sie einen Impfpass haben, dann legen Sie ihn bitte vor!

Ich bin damit einverstanden, dass ich an Termine für z.B. Vorsorgeuntersuchungen erinnert werde:  Ja  Nein

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_