

Trinken Sie regelmäßig Ja Nein Wenn ja, wie viel?

Alkohol?

.....

Treiben Sie Sport? Ja Nein Wenn ja, welchen wie oft?

.....

Sind Sie im „Therapie aktiv“ Programm für Diabetiker Ja Nein

.....

Wann war Ihre letzte Vorsorgeuntersuchung? Monat/ Jahr ____/____

.....

Hatten Sie schon Operationen? Wenn ja, welche? Ja Nein

.....

Bestehen Allergien? Ja Nein

Welche:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Ja Nein

Medikament	Morgens	Mittags	Abends

Ich bestätige, dass ich den Text verstanden habe und alle Fragen nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet habe.

Sie erklären sich mit der automationsunterstützten (elektronischen) Verarbeitung Ihrer Daten (einschließlich Gesundheitsdaten) durch Dr. Herbert Dworak, MPH, FA Innere Medizin und dem Imed23 / Schwerpunktordination für Herz, Stoffwechsel, Sport- und Präventionsmedizin, insbesondere zum Zweck der Terminvereinbarung, Verwaltung und Administration einschließlich Verrechnung einverstanden.

Datum:

Unterschrift:.....