



**Bestehen bei Ihnen gesundheitliche Probleme?**

	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Häufiger Wechsel zwischen Durchfall und Verstopfung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutbeimengungen oder Schleim im Stuhl?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ungewollte Gewichtsabnahme oder –zunahme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ungewohnte Atemprobleme z.B. bei Belastung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beklemmungen in der Brust bei Belastung ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verspüren Sie gelegentlich Herzrhythmustörungen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Ihnen Veränderungen an der Haut aufgefallen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht vermehrter Durst oder vermehrtes Wasserlassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Beschwerden beim Wasserlassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit regelmäßig ein?**

	morgens	mittags	abends
1.....			
2.....			
3.....			
4.....			

Möchten Sie von uns regelmäßig an die fälligen Vorsorgen erinnert werden?  
Ja       Nein

**Unser Ziel ist Ihre Gesundheit.**  
Bitte bringen Sie diesen Fragebogen zur Untersuchung mit.