



DR. MED. CHRISTINA HUBERLE

Name, Vorname

Alter

Telefonnummer

E-Mail

Beruf

Familienstand

Aktuelle Beschwerden

Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wie groß und wie schwer sind Sie?

cm

kg

Haben Sie ungewollt Gewicht verloren?

ja nein

Wenn ja, wieviel kg?

Rauchen Sie?

ja nein

Zigaretten/Tag

Leiden Sie an Nachtschweiß?

Trinken Sie Alkohol?

nie gelegentlich täglich

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?

Bluthochdruck Herzinfarkt Weitere Herzerkrankungen Schlaganfall Tumorerkrankungen
 Durchblutungsstörungen der Beine Bluterkrankungen Thrombose /Lungenembolie Diabetes

Treiben Sie regelmäßig Sport?

_____ nein

ja, Sportart Häufigkeit