



- |     |   |      |              |  |   |
|-----|---|------|--------------|--|---|
| 3.  | Zur Zeit in ärztlicher Behandlung, Beratung oder Konsultation?            | nein | ja           | Grund sowie bitte auch Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes angeben:<br>_____<br>_____ |   |
| 4.  | Zur Zeit in psychotherapeutischer Behandlung, Beratung oder Konsultation? | nein | ja           | Grund sowie bitte auch Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes angeben:<br>_____<br>_____ |   |
| 5.  | Regelmäßige Arzneimitteleinnahme?   | nein | ja           | welche: _____<br>_____   |   |
| 6.  | Drogenkonsum?   | nein | ja           | welche: _____<br>_____   |   |
| 7.  | Rauchen?  | nein | gelegentlich | täglich  | ca. _____ Zigaretten<br>ca. _____ Zigarren<br>ca. _____ Pfeifen |
| 8.  | Alkoholkonsum?  | nein | gelegentlich | täglich  | _____ Flaschen Bier<br>_____ Viertel Wein<br>_____ Spirituosen  |
| 9.  | Treiben Sie Sport?  | nein | ja           | Sportart: _____<br>Umfang: _____ Stunden pro Tag/pro Woche                                 |   |
| 10. | Sind Sie schwerbehindert oder gleichgestellt?                             | nein | ja           | Grad der Behinderung (GdB): _____  |   |

## II. Familienvorgeschichte

Bei den Eltern und Geschwistern sind folgende Krankheiten aufgetreten:

- |                                 |      |    |                        |
|---------------------------------|------|----|------------------------|
| Bluthochdruck                   | nein | ja |                        |
| Nervenkrankheiten               | nein | ja |                        |
| Diabetes                        | nein | ja |                        |
| Sonstige bedeutsame Krankheiten | nein | ja | welche: _____<br>_____ |

=====

Ort/Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_