



(Weitere Erkrankungen, incl. Krankenhausaufenthalte, Operationen etc.)

---

---

---

**Wann war Ihre letzte Diphtherie- /Tetanus-Impfung?** \_\_\_\_\_

**Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein und in welcher Dosierung? Pille?**

Medikamente            +Stärke            morgens            mittags            abends            nachts

| Medikamente | +Stärke | morgens | mittags | abends | nachts |
|-------------|---------|---------|---------|--------|--------|
|             |         |         |         |        |        |
|             |         |         |         |        |        |
|             |         |         |         |        |        |
|             |         |         |         |        |        |
|             |         |         |         |        |        |
|             |         |         |         |        |        |
|             |         |         |         |        |        |

**Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel (z.B. Vitamine, Mineralstoffe, Biotin) oder Johanniskraut ein?**             nein             ja

Welche: \_\_\_\_\_

**Gibt es chronische Krankheiten in der Familie?** (Eltern, Großeltern, Geschwister, Kinder)  
z. B. Diabetes mellitus, Bluthochdruck, Herzerkrankungen, Rheuma, Schilddrüsenerkrankungen

---

---

---

**Vor der Blutentnahme bitte drei Tage das Biotin-Präparat absetzen und ggf. Thyroxin am Untersuchungstag erst nach der Blutentnahme einnehmen.**

Ich bin damit einverstanden, dass die mich behandelnden Ärzte/Krankenkasse über die Untersuchungsergebnisse/Gesundheitszustand informiert werden. (Arztberichte und AU werden elektronisch versandt)

Ja.

Nein.

Die Bestimmungen der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) werden in unserer Praxis umgesetzt und liegen in der Praxis aus oder können auf unserer Homepage eingesehen werden ([www.fachaerztezentrum-hanse.de](http://www.fachaerztezentrum-hanse.de))

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