

**bitte wenden →**

(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


**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

---

---

---

**Sollten Sie einen Termin am Vormittag haben, bitte 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, Rezepte 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.gesundheitnord.de/fachaerztezentrum-hanse](http://www.gesundheitnord.de/fachaerztezentrum-hanse)

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