

Vorname	<input type="text"/>	Sozialversicherungsnummer - TT - MM - JJ
Nachname	<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

	ja	nein	ich weiß es nicht
Ich habe Probleme beim Sehen (trotz Tragens einer Brille oder von Kontaktlinsen):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ich brauche starke Brillen oder Kontaktlinsen, um in der Ferne sehen zu können:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe einen Blutsverwandten ersten Grades (Elternteil, Bruder, Schwester oder Kind) mit grünem Star:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ab 65 Jahre: Mein Sehvermögen wird regelmäßig überprüft:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mir wurde gesagt, dass ich Diabetes (Zucker) habe (kein Schwangerschaftsdiabetes):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin deswegen in Behandlung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ich habe einen Blutsverwandten mit Diabetes:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frauen: Während der Schwangerschaft hat man mir gesagt, dass ich Diabetes habe:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe einen Elternteil, einen Bruder oder eine Schwester (unter 60 Jahre) der/die ein Herzleiden haben oder der/die daran starben:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe bzw. hatte einen Blutsverwandten mit hohen Cholesterinwerten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe bereits einen Herzinfarkt erlitten bzw. wurde mir gesagt, dass ich an einer Durchblutungsstörung der Herzkranzgefäße leide:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich rauche: Zigaretten pro Tag: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ich habe Bluthochdruck (d.h. einen Blutdruck über 140/90) und/oder nehme derzeit Medikamente gegen Bluthochdruck ein:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ab 65 Jahre: Ich habe Probleme beim Hören:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In den letzten 2 Wochen nahm ich:			
Schmerzmittel (Aspirin oder Ähnliches)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruhigungsmittel (Valium oder Ähnliches)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie oft trinken Sie Alkohol?

- nie
 einmal im Monat oder seltener
 zwei- bis viermal im Monat
 zwei- bis dreimal pro Woche
 viermal pro Woche oder öfter

ja nein

Blutet Ihr Zahnfleisch beim Zähneputzen oder beim Essen harter Nahrung, oder fühlt sich Ihr Zahnfleisch geschwollen oder empfindlich an?

Hat sich Ihr Zahnfleisch zurückgezogen? Glauben Sie, dass Ihre Zähne scheinbar länger geworden sind, oder sind die Zwischenräume zwischen Ihren Zähnen größer geworden?

Falls Sie eine Teilprothese tragen, hat sich die Passform verändert?

Haben Sie Probleme mit Mundgeruch?

Operationen (zählen Sie bitte auf):

ja nein ich weiß es nicht

Ich habe eine Blutsverwandte, die Brustkrebs hat/hatte:

Ich habe/hatte eine/n Verwandte/n ersten Grades (Elternteil, Bruder, Schwester oder Kind), der/die Hautkrebs (Melanom) hat/hatte:

Ich habe/hatte eine/n Verwandte/n ersten Grades (Elternteil, Bruder, Schwester oder Kind), der/die irgendeine Form von Krebs (Lunge, Dickdarm, Blut, Prostata oder Gebärmutter) hat/hatte:

Wenn ja, welcher Verwandte ersten Grades (Elternteil, Bruder, Schwester oder Kind):

Wenn ja, welche Krebsart:

In der Ordination zu messen:

Körpergröße: cm

Körpergewicht: kg

Taille:

- Männer kleiner 102cm/Frauen kleiner 88cm
 Größerer Taillenumfang