

Hausärztliche Praxis Dr. med. Simon Fachinger
 Gartenstrasse 32, 65611 Brechen

Lebensstil:

| | Nein | Ja | | |
|-----------------------------------|------|----|--|------------------|
| • Rauchen Sie? | | | Wieviel | /Tag; seit wann? |
| • Trinken Sie regelmäßig Alkohol? | | | Wieviel | /Tag; seit wann? |
| • Haben Sie viel Stress? | | | Wie oft? | Welchen? |
| • Treiben Sie Sport? | | | Wie oft? | Welchen? |
| • Essen Sie regelmäßig? | | | Wie oft? | Ausgewogen? |
| • Schlafen Sie ausreichend? | | | Wieviele Arbeiten Sie im Schichtdienst? | Stunden /Nacht |

Familienanamnese:

| Gibt es in Ihrer Familie | Nein | Ja | Bei Wem? |
|------------------------------|------|----|----------|
| • Herzerkrankungen | | | |
| • Bluthochdruck | | | |
| • Schlaganfälle | | | |
| • Übergewicht | | | |
| • Zuckerkrankheiten | | | |
| • Krebsleiden | | | |
| • Rheuma | | | |
| • Rücken-/ Gelenkkrankheiten | | | |
| • Andere Erkrankungen | | | |

Adresse: _____

Telefon (privat): _____ (geschäftlich): _____

Handy: _____ E-Mail: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____