



<input type="checkbox"/> nein	Gibt es in Ihrer Familie Frauen mit Brustkrebs? Wenn ja, wer?	
<input type="checkbox"/> nein	Traten in Ihrer Familie folgende Erkrankungen auf?	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Demenz / Alzheimer <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> Thrombose <input type="checkbox"/> andere Krebserkrankungen <input type="checkbox"/> Asthma / COPD <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus
<input type="checkbox"/> nein	Nehmen Sie Medikamente: Wenn ja, welche? (Gern können Sie uns auch Ihren Medikamentenplan aushändigen)
	Wie ernähren Sie sich?	<input type="checkbox"/> Mischkost <input type="checkbox"/> vegetarisch <input type="checkbox"/> vegan
<input type="checkbox"/> nein	Trinken Sie Kaffee?	<input type="checkbox"/> weniger als 3 Tassen am Tag <input type="checkbox"/> mehr als 3 Tassen am Tag
<input type="checkbox"/> nein	Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> 2x in der Woche oder mehr <input type="checkbox"/> täglich
<input type="checkbox"/> nein	Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> nicht mehr <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> täglich
<input type="checkbox"/> nein	Treiben Sie Sport?	<input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> und zwar
	Kontakt zu unserer Praxis durch	<input type="checkbox"/> Empfehlung Arzt <input type="checkbox"/> Zeitung <input type="checkbox"/> Empfehlung Familie <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Empfehlung Bekannte <input type="checkbox"/> Praxisschild <input type="checkbox"/> Telefonbuch <input type="checkbox"/> Sonstiges
<input type="checkbox"/> nein	Wir planen ein sogenanntes Recall-System für unsere Praxis. Möchten Sie in dem Fall an Vorsorgetermine erinnert werden?	<input type="checkbox"/> ja

Datum	Unterschrift der Patientin
-------	----------------------------