

Asthma/Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Medikamente:
Diabetes mellitus → Therapie?	<input type="checkbox"/> ja, seit <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Diät <input type="checkbox"/> Tabletten <input type="checkbox"/> Insulin letzter HbA1c-Wert? Langzeitwert?
Schilddrüsenfunktionsstörung	<input type="checkbox"/> Überfunktion <input type="checkbox"/> Unterfunktion <input type="checkbox"/> nicht bekannt Medikamente:
Schlafapnoe/ Atemaussetzer	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Tumorleiden	<input type="checkbox"/> ja welche? <input type="checkbox"/> nein Medikamente:
Allergien (Allergiepass vorlegen, falls vorhanden)	<input type="checkbox"/> ja welche? <input type="checkbox"/> nein Medikamente:
Rheumatische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja welche? <input type="checkbox"/> nein Medikamente:
Neurologische Erkrankungen (z.B. Multiple Sklerose, Parkinson, Epilepsie, Depression, andere?)	<input type="checkbox"/> ja welche? <input type="checkbox"/> nein Medikamente:
Infektionserkrankungen (z.B. Herpes, Hepatitis, HIV)	<input type="checkbox"/> ja welche? <input type="checkbox"/> nein Medikamente:
Andere Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja welche? <input type="checkbox"/> nein Medikamente:

Die Information zur Speicherung der personenbezogenen Daten gem. Art. 13 und 14 DSGVO (AA-09.1.1) habe ich erhalten.

Datum und Unterschrift: