

# Anmeldeformular Time out



## Allgemeine Angaben

Vorname	<input type="text"/>	Name	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	PLZ/Ort	<input type="text"/>
Geb. Datum	<input type="text"/>	Telefon/Natel	<input type="text"/>
Email	<input type="text"/>	AHV-Nr.	<input type="text"/>
Hausarzt	<input type="text"/>	Krankenkasse	<input type="text"/>
Kontaktperson	<input type="text"/>	Telefon/Natel	<input type="text"/>

## Angaben zur Ihrer Gesundheit

Sind bei Ihnen Krankheiten bekannt?  Ja, welche:  Nein

Ja, welche:

Nehmen Sie täglich Medikamente?  Ja, welche:  Nein

Ja, welche:

Leiden Sie an Diabetes mellitus?  Nein  Ja

Sind sie Insulinpflichtig?  Nein  Ja

Leiden Sie an Herz-Kreislaufferkrankungen  Nein  Ja

Nehmen Sie Blutverdünner?  Nein  Ja

Bestehen Allergien/ Unverträglichkeiten?  Nein  Ja

Sind Schluckbeschwerden vorhanden?  Nein  Ja

Besteht Weglaufgefahr?  Nein  Ja

Ist eine epileptische Erkrankung bekannt?  Nein  Ja

Ihre Angaben behandeln wir selbstverständlich vertraulich.