



Medizinische Vorgeschichte

(Muss von der Reiterin/dem Reiter ausgefüllt und zur ärztlichen Konsultation mitgebracht werden)

Name/Vorname: Geburtsdatum:

Strasse:

PLZ/Wohnort: Geschlecht: m w

Medizinische Vorgeschichte: nein Ja, Details

Sehstörungen	<input type="checkbox"/>	
Brille/Kontaktlinsen	<input type="checkbox"/>	
Asthma	<input type="checkbox"/>	
Diabetes	<input type="checkbox"/>	
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	
Blutdruckprobleme	<input type="checkbox"/>	
Magen-/Darmprobleme	<input type="checkbox"/>	
Nieren-/Blasenprobleme	<input type="checkbox"/>	
Epilepsie oder Krampfanfälle	<input type="checkbox"/>	
andere neurologische Krankheiten/Hirnerschütterungen	<input type="checkbox"/>	
Psychische Probleme	<input type="checkbox"/>	
Rückenprobleme	<input type="checkbox"/>	
Probleme an den Armen und Beinen (Gelenke/Muskeln)	<input type="checkbox"/>	
Störung der Blutgerinnung	<input type="checkbox"/>	
Operationen	<input type="checkbox"/>	
Andere Spitalaufenthalte	<input type="checkbox"/>	
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	<input type="checkbox"/>	
Drogenkonsum?	<input type="checkbox"/>	
Alkoholkonsum: täglich <input type="checkbox"/>	gelegentlich <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>

Ich erkläre hiermit, dass die obengenannten Angaben der Wahrheit entsprechen.

Datum:

Unterschrift: