

Sehr geehrte/r Patient/in, um einen Überblick über Ihre Vorgeschichte zu bekommen, bitten wir Sie um die Beantwortung der folgenden Fragen.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Männlich: [ ] Weiblich: [ ] Divers: [ ]

Telefon: \_\_\_\_\_

Handynummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Berufliche Tätigkeit: \_\_\_\_\_

### Haben Sie eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen?

Hoher Blutdruck:            Nein [ ] Ja [ ]    Schilddrüsenerkr.:    Nein [ ] Ja [ ]

Blutzuckererkrankung:    Nein [ ] Ja [ ]    Magenerkrankung:    Nein [ ] Ja [ ]

Tumorerkrankung:        Nein [ ] Ja [ ]    Nierenerkrankung:    Nein [ ] Ja [ ]

Lebererkrankung:        Nein [ ] Ja [ ]    Hauterkrankung:     Nein [ ] Ja [ ]

Fettstoffwechselstörung:    Nein [ ] Ja [ ]    Gicht:                Nein [ ] Ja [ ]

Gelenk-Rheuma:            Nein [ ] Ja [ ]    Tuberkulose:         Nein [ ] Ja [ ]

HIV:                        Nein [ ] Ja [ ]    Hepatitis:            Nein [ ] Ja [ ]

Asthma:                    Nein [ ] Ja [ ]    Herzkrankheit:        Nein [ ] Ja [ ]

Psychische Erkrankungen:    Nein [ ] Ja [ ]    Anfallsleiden:        Nein [ ] Ja [ ]

### Allergien:

Gegen Medikamente?        Nein [ ] Ja [ ]

Wenn ja, gegen welche? \_\_\_\_\_

Andere Allergien? \_\_\_\_\_

**bitte wenden**

erstellt: 08.06.2020	letzte Änderung: 25.06.2020	Freigegeben am: 25.06.2020
Ersteller Jennifer Penther	JP	OL

## Hatten Sie bereits eine oder mehrere Operationen?

Wenn ja, wann und welche?

---

---

## Besteht oder bestanden bei nahen Verwandten (Eltern, Geschwister) eine der folgenden Erkrankungen?

Hoher Blutdruck:        Nein [ ] Ja [ ]

Blutzuckererkrankung: Nein [ ] Ja [ ]

Tumorerkrankungen:    Nein [ ] Ja [ ]

Herzinfarkt:            Nein [ ] Ja [ ]

Schlaganfall:            Nein [ ] Ja [ ]

Migräne:                 Nein [ ] Ja [ ]

## Allgemeine Anamnese:

Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm    Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg

Rauchen Sie?            Nein [ ] Ja [ ]

Wenn ja, seit wievielen Jahren \_\_\_\_\_, wieviele Zigaretten pro Tag? \_\_\_\_\_

Trinken Sie Alkohol?    Nein [ ] Ja [ ]

Wenn ja, wie viel und wie oft? \_\_\_\_\_

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?    Nein [ ] Ja [ ]    Wenn ja, \_\_\_\_\_ SSW

Nehmen Sie Medikamente ein?    Nein [ ] Ja [ ]

Wenn ja, welche?

---

---