

ERHEBUNGSBOGEN ZUR MEDIZINISCHEN VORGESCHICHTE FÜR (NEU-) PATIENTEN

Name, Vorname:		Geburtsdatum:	
Adresse:			
Telefonnummer:		Handy-Nummer:	
eMail:		Beruf:	
Familienstand, Kinder?			

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden **Erkrankungen / Gesundheitsstörungen**:

<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/> Lebererkrankung
<input type="checkbox"/> Herz-Durchblutungsstörung (KHK)	<input type="checkbox"/> Lungenerkrankung
<input type="checkbox"/> Sonstige Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> Erhöhte Blutfette
<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)
<input type="checkbox"/> Krebserkrankung	<input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen
<input type="checkbox"/> Erkrankung der Psyche o. Nervensystem	<input type="checkbox"/> Orthopädische Erkrankung
<input type="checkbox"/> Blut-Gerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> Ansteckende Erkrankungen (Hepatitis, HIV)
Wenn ja: welche? / sonstige Erkrankungen:	

Körpergröße: _____ cm **Gewicht:** _____ kg

Rauchen Sie? nein ja - wieviel?

Alkohol-Konsum: nein ja - wieviel?

Sport: nein ja – was, wieviel?

Allergien oder Medikamenten-Unverträglichkeiten:

	ja	nein	weiß nicht
Penicillin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspirin / Acetyl-Salicylsäure (ASS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blütenstaub („Pollen“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tierhaare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausstaubmilbe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metalle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebensmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja: welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wurden bereits **Operationen** durchgeführt? Nein Ja und zwar folgende:

Welche Operation?	Ungefähr wann?	In welcher Klinik?

Welche **Erkrankungen sind in Ihrer Familie bekannt?**

Bluthochdruck

Herzinfarkt

Blutzuckerkrankheit

Asthma

Krebserkrankung

Wenn ja, welche?

Weitere relevante familiäre Vorerkrankungen?

ja	nein	Weiß nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nehmen Sie **regelmäßig Medikamente** ein? Nein Ja und zwar folgende:

Name und Tablettendosis	morgens	mittags	abends	Zur Nacht

Wenn Sie einen Medikamentenplan besitzen bitte als Kopie beilegen.

Besitzen Sie einen **Impfausweis?**

ja

nein

Bitte bringen Sie diesen beim nächsten Besuch mit, wir **überprüfen gerne Ihren Impfstatus!**

Hier ist Platz für weitere Anmerkungen:

Vielen Dank!
