

Name: _____ Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Liebe Patientin, lieber Patient,

für einen Überblick über Ihre gesundheitliche Situation, wären wir Ihnen für folgende Angaben dankbar. Alle gesundheitlichen Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!

Vorerkrankungen ja: _____ nein

Operationen: ja: _____ nein

Allergien: ja: _____ nein
 auf Hühnereiweiß auf Medikamente: _____

Nikotin: ja: ___ Zig./Tag nein Alkohol: ja, wieviel? _____ nein

Sport: ja: _____ nein Berufstätigkeit: ja: _____ nein

Liegen folgende Erkrankungen vor:

Stoffwechselerkrankungen? (z.B. Diabetes, Schilddrüse, Blutfette) ja nein
 Herz-/ Kreislauferkrankungen? (z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall, Bluthochdruck) ja nein
 Lungenerkrankungen? (z.B. Asthma, COPD) ja nein
 Bewegungsapparat/ Verschleiß? (z.B. Rücken-/ Gelenkerkrankungen) ja nein
 Nervenerkrankungen? (z.B. Lähmungen, Epilepsie) ja nein
 Seelische Erkrankungen? (z.B. Depression, Ängste) ja nein
 Augen- oder Ohrerkrankungen? (z.B. Seh-/ Hörstörungen) ja nein

Regelmäßig eingenommene Medikamente:

Medikament:	morgens	mittags	abends	zur Nacht

Welche Infektionskrankheiten haben Sie erlitten?

Masern Mumps Röteln Windpocken Keuchhusten Hepatitis HIV

Letzte Impfungen: Tetanus: _____ Hepatitis: _____ Grippe: _____
 Sonstige: _____

Ich habe an Gesundheits- und Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen: nein

Check up (GU), zuletzt: _____ Hautscreening, zuletzt: _____ Darmspiegelung, zuletzt: _____

Wurden Ultraschalluntersuchungen durchgeführt? ja, was?: _____ nein

Wurden Röntgen/CT, MRT, Endoskopien durchgeführt? ja, was?: _____ nein

Vorbehandelnde Ärzte: _____

Anmerkungen: _____

Wir freuen uns, daß Sie uns Ihr Vertrauen schenken.

Vielen Dank!

Datum, Unterschrift