

ERHEBUNGSBOGEN ZUR MEDIZINISCHEN VORGESCHICHTE FÜR (NEU-) PATIENTEN

Name, Vorname:		Geburtsdatum:
Bisheriger Hausarzt:		
Telefonnummer:	Handy-Nummer:	
E-Mail:	Beruf:	
Familienstand/Kinder:		
Ggf. Schwerbehinderung (GdB), Pflegegrad:		

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

	Nein	Ja	Ggf. nähere Erläuterung:
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herz-Durchblutungsstörungen (Koronare Herzkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erkrankung der Psyche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Neurologische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blut-/Gerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erhöhte Blutfettwerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Orthopädische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ansteckende Erkrankungen (HIV, Hepatitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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

ERHEBUNGSBOGEN ZUR MEDIZINISCHEN VORGESCHICHTE FÜR (NEU-) PATIENTEN

Risikofaktoren

	Nein	Ja	Falls ja, wieviel / wie oft?
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Treiben Sie Sport?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Leiden Sie unter Allergien? Nein Ja, und zwar:

Wurden Sie schon einmal operiert? Nein Ja, und zwar:

Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie bekannt?

	Nein	Ja	Weiß nicht
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutzuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➔ Wenn ja, welche?			

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

Name und Dosierung	Morgens	Mittags	Abends	Zur Nacht

Wann war die letzte Gesundheitsuntersuchung („Check up“)? _____ (Jahr / Monat)

Wenn Sie einen Medikamentenplan besitzen, diesen bitte als Kopie beilegen.

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

Hier ist Platz für weitere Anmerkungen: