

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