



Name:		Geburtsdatum:	
-------	--	---------------	--

Liebe Patientin, lieber Patient,

die nachfolgende Erhebung Ihrer Krankengeschichte sowie persönlicher Gewohnheiten ist ausschließlich zum internen Gebrauch bestimmt und unterliegt der Schweigepflicht. Was Sie nicht beantworten möchten oder können, lassen Sie bitte aus.

*Halten Sie bitte **Impfpass** und wenn vorhanden **Versichertenkarte** auch für das Arztgespräch bereit*

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Leiden Sie aktuell unter Beschwerden? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wenn Ja, welche:
Haben Sie chronische Erkrankungen? (z.B. Bluthochdruck, Schilddrüse, Diabetes, Rheuma, Krebs, etc.) Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wenn Ja, welche:
Haben Sie schwere Vorerkrankungen? (z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall, etc.) Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wenn Ja, welche:
Sind Sie bereits operiert worden Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Welche OPs und wann?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	Wenn ja, listen Sie Ihre Medikamente (auch eventuelle Selbstmedikationen) bitte auf: z.B. Bisoprolol 5 mg 1-0-1
	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Medikamenten-unverträglichkeiten oder -allergien? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche vertragen Sie nicht:
Rauchen Sie? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, wie viel?
	Zigaretten/ Tag. Raucher seit Jahren
Wie oft konsumieren Sie Alkohol?	Wenn ja, Wie oft, wieviel und was?
	Täglich <input type="checkbox"/> 2-3x/W <input type="checkbox"/> 1x/ W <input type="checkbox"/> 14-tägig <input type="checkbox"/> seltener <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Was trinken Sie typischerweise an Tagen, an denen Sie Alkohol trinken?
Drogenkonsum Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, was
Haben Sie eine besondere Ernährung Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wenn Ja, welche?
	Vegetarisch <input type="checkbox"/> Vegan <input type="checkbox"/> Gluten-Frei <input type="checkbox"/> Lactose-frei <input type="checkbox"/> Sonstige: _____
Vegetative Anamnese	Körpergröße: _____ cm Körpergewicht: _____ kg Harninkontinenz Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Liegen sogenannte "B-Symptome" vor (siehe rechts) Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ungewollter Gewichtsverlust (>6kg): Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Extremer Nachtschweiß: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Außergewöhnliche Belastungen Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, was liegt vor?	
	Beruflicher Stress <input type="checkbox"/>	Privater Stress <input type="checkbox"/>
	Angstzustände <input type="checkbox"/>	Interessensverlust <input type="checkbox"/>
	Depressivität <input type="checkbox"/>	Sonstiges: [REDACTED]
Sozialanamnese	Beruf (& ggf. vorherige Berufe): [REDACTED]	
	Anerkannte Berufskrankheit: Ja <input type="checkbox"/> : [REDACTED] Nein <input type="checkbox"/>	
	Familienstand: [REDACTED]	Kinder: [REDACTED]
	Sportlich aktiv Ja <input type="checkbox"/> und zwar: [REDACTED] Nein <input type="checkbox"/>	
Familienanamnese Sind in Ihrer Familie schwerwiegende Erkrankungen gehäuft aufgetreten? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Welche Erkrankungen liegen vor und wer ist alles daran erkrankt?	
Vorsorge-untersuchungen Wann nahmen Sie zuletzt an folgenden Vorsorge-untersuchungen teil	Darmkrebsvorsorge Hautkrebsscreening Frauenärztliche Vorsorge Aortenscreening Gesundheitsuntersuchung	nie <input type="checkbox"/> , zuletzt im Jahr [REDACTED] nie <input type="checkbox"/> , zuletzt im Jahr [REDACTED]
Vorsorge & Pflege	Pflegegrad: [REDACTED] Schwerbehinderung (+ Merkzeichen): [REDACTED]	
	Patientenverfügung: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
	Organspendeausweis: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Notfallkontakt	Name: [REDACTED] Verhältnis: [REDACTED] Handynummer: [REDACTED]	