

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Für eine erfolgreiche Behandlung ist die Kenntnis Ihrer Krankengeschichte sehr wichtig. Bitte füllen Sie diesen Bogen in aller Ruhe aus und beantworten Sie die Fragen so gut wie möglich. Die Angaben sind natürlich freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, lassen Sie diese bis zur Besprechung offen.

**Persönliche Daten**

**Datum** \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Größe \_\_\_\_\_ cm Gewicht \_\_\_\_\_ kg Sind Sie schwanger?  nein /  ja, \_\_\_\_\_ Woche

Beruf \_\_\_\_\_ Tätigkeit überwiegend  sitzend  stehend  körperlich

**Aktuelle Beschwerden** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Neigen Sie zu...?**  Kopfschmerzen  Rückenschmerzen  Gelenkschmerzen  Bauchschmerzen  
 Durchfall  Verstopfung  Übelkeit  Erschöpfung  Heißhunger  
 Schwindel  Atemnot  Traurigkeit  Gedächtnisschwäche  Schlafstörungen  
 Müdigkeit  Ängste  Grübeln  Nachtschweiß  Gewichtsverlust

**Allergien?**  nein /  ja Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Medikamentenunverträglichkeit?**  nein /  ja Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Nahrungsmittelunverträglichkeit?**  nein /  ja Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Ernähren Sie sich gesund?**  nein /  ja  spezielle Diät \_\_\_\_\_

**Trinken Sie genügend Flüssigkeit?**  nein /  ja ca. \_\_\_\_\_ Liter / Tag

**Trinken Sie Alkohol?**  keinen  selten  > 2 x / Woche  täglich

**Rauchen Sie?**  nein /  ja  wenn ja, wieviel am Tag? \_\_\_\_\_  aufgehört  Seit wann? \_\_\_\_\_

**Treiben Sie Sport?**  nein /  ja Wenn ja, welchen? \_\_\_\_\_

**Haben Sie Haustiere?**  nein /  ja Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Schnarchen Sie?**  nein /  ja  Sind nächtliche Atemaussetzer bekannt?  nein /  ja

**Haben Sie**  beruflichen Streß  emotionalen Streß  genügend Ruhephasen

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

**Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen / Infektionen?**

- Bluthochdruck       KHK       Herzrhythmusstörung       Herzinfarkt       Schlaganfall
- Thrombose       Lebererkrankung       Nierenerkrankung       Asthma / COPD       Tuberkulose
- Gemütskrankheiten       Schilddrüsenerkrankung       Diabetes mellitus       Krampfanfälle       Reizdarm
- Migräne       Chronische Infektionen       Rheuma       Arthrose       Osteoporose
- Krebserkrankung       Glaukom       Blutungsneigung       HIV       Hepatitis
- Masern       Mumps       Röteln       Keuchhusten       Windpocken
- CoViD 19-Infektion       Sonstige \_\_\_\_\_
- 1.  2. Impfung

**Operationen / Bestrahlung / Chemotherapie?**  nein /  ja Wenn ja, welche und wann?

**Ist eine Berufskrankheit bekannt?**  nein /  ja Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Traten in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern) folgende Erkrankungen auf?**

- Bluthochdruck       Demenz / Alzheimer       Herzerkrankungen       Schlaganfall       Thrombose
- Krebserkrankungen       Asthma / COPD       Diabetes mellitus       Allergien

Sonstige \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel ein?**  nein /  ja

Wenn ja, welche (z.B. Pille, ASS, Marcumar, bitte auch Augentropfen, Sprays und Inhalationsmittel angeben)

Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel	morgens	mittags	abends	zur Nacht	bei Bedarf

**Wann war Ihre letzte Gesundheits- / Krebsvorsorge?** \_\_\_\_\_

**Notizen zum Erstkontakt (bitte freilassen)** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---