

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: _____
 ___-fach geimpft

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? _____

Wie war Ihre Geburt? _____

Wurden Sie gestillt? nein ja unbekannt

Notizen zum Erstkontakt (bitte freilassen) _____
