



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

Name:

Geburtsdatum:

<p>Leiden Sie aktuell unter Beschwerden?</p> <p>Ja      Nein</p>	<p><b>Wenn Ja</b>, an welchen Beschwerden leiden Sie aktuell?</p>
--	---

<p>Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten?</p> <p>Ja      Nein</p>	<p><b>Wenn Ja</b>, an welcher Krankheit leiden Sie aktuell (Mehrfachauswahl möglich)?</p> <table><tr><td>Diabetes mellitus</td><td>Krebserkrankung</td></tr><tr><td>Sonstige Herzerkrankungen</td><td>Angina pectoris/Herzbeschwerden</td></tr><tr><td>Schilddrüsenerkrankung</td><td>Epilepsie</td></tr><tr><td>Asthma, chron. Bronchitis</td><td>Nierenerkrankung</td></tr><tr><td>Lebererkrankung</td><td>Schlaganfall</td></tr><tr><td>Durchblutungsstörungen</td><td>Erhöhte Blutfettwerte</td></tr><tr><td>Bluthochdruck</td><td>Krampfadern</td></tr><tr><td>Infektionskrankheiten</td><td>Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)</td></tr></table> <p>An welchen weiteren, nicht aufgeführte Krankheiten leiden Sie?</p>	Diabetes mellitus	Krebserkrankung	Sonstige Herzerkrankungen	Angina pectoris/Herzbeschwerden	Schilddrüsenerkrankung	Epilepsie	Asthma, chron. Bronchitis	Nierenerkrankung	Lebererkrankung	Schlaganfall	Durchblutungsstörungen	Erhöhte Blutfettwerte	Bluthochdruck	Krampfadern	Infektionskrankheiten	Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)
Diabetes mellitus	Krebserkrankung																
Sonstige Herzerkrankungen	Angina pectoris/Herzbeschwerden																
Schilddrüsenerkrankung	Epilepsie																
Asthma, chron. Bronchitis	Nierenerkrankung																
Lebererkrankung	Schlaganfall																
Durchblutungsstörungen	Erhöhte Blutfettwerte																
Bluthochdruck	Krampfadern																
Infektionskrankheiten	Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)																

<p>Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?</p> <p>Ja      Nein</p>	<p><b>Wenn Ja</b>, welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig?</p> <table><tr><td>1)</td><td>3)</td></tr><tr><td>2)</td><td>4)</td></tr></table>	1)	3)	2)	4)
1)	3)				
2)	4)				







Name:

Geburtsdatum:

Leiden Sie an außergewöhnlichen Belastungen?  Ja      Nein	Wenn <b>Ja</b> , bitte auswählen:	
	Beruflicher Stress	Privater Stress
	Angstzustände	Interessensverlust
	Depressivität	
	An welchen, <u>nicht aufgeführten</u> Belastungen leiden Sie (bitte auflisten)?	
	1)	3)
	2)	4)

Sozialanamnese	Beruf (und ggf. vorherige Berufe)	
	1)	3)
	2)	4)
	Liegt eine anerkannte Berufskrankheit vor?	Ja      Nein
	Familienstand	Anzahl der Kinder
	Sportlich aktiv	Ja      Nein
	Wenn <b>Ja</b> , welche sportliche Aktivität	

Familienanamnese für Verwandte 1. & 2. Grades?	Bitte auswählen:	
	Weibliche Verwandte: Herzinfarkte < 65. Lebensjahr	Ja      Nein
	Weibliche Verwandte: Krebsleiden < 65. Lebensjahr	Ja      Nein
	Männliche Verwandte: Herzinfarkte < 55. Lebensjahr	Ja      Nein
	Männliche Verwandte: Krebsleiden < 55. Lebensjahr	Ja      Nein



Name:

Geburtsdatum:

Vorsorge- untersuchungen	Bitte auswählen:  Bisherige Teilnahme an Darmkrebsvorsorge:    Ja            Nein  Wenn <b>Ja</b> bitte ergänzen:  Jahr der letzten Darmkrebsvorsorge:  Welche Form der Darmkrebsvorsorge?                    Stuhluntersuchung                    Spiegelung  Letzte Krebsvorsorge des Mannes (Prostata) im Jahr:  Letztes Hautkrebsscreening im Jahr:  „Aortenscreening“ erfolgt?                                    Ja            Nein
-----------------------------	---

Vorsorge & Pflege	Bitte auswählen und ergänzen:  Besitzen Sie einen Pflegegrad?                                    Ja            Pflegegrad:                                    Nein  Besitzen Sie einen Schwerbehindertengrad?                    Ja            Merkmal:                                    Nein  Besteht eine Patientenverfügung?                                    Ja            Nein  Besitzen Sie einen Organspendeausweis?                    Ja            Nein
-------------------	---

Notfallkontakt	<table style="width: 100%;"><tr><td style="width: 50%;"><b>Erstkontakt:</b></td><td style="width: 50%;"><b>weiterer Kontakt</b></td></tr><tr><td>Name:</td><td>Name:</td></tr><tr><td>Verhältnis:</td><td>Verhältnis:</td></tr><tr><td>Telefonkontakt:</td><td>Telefonkontakt:</td></tr></table>	<b>Erstkontakt:</b>	<b>weiterer Kontakt</b>	Name:	Name:	Verhältnis:	Verhältnis:	Telefonkontakt:	Telefonkontakt:
<b>Erstkontakt:</b>	<b>weiterer Kontakt</b>								
Name:	Name:								
Verhältnis:	Verhältnis:								
Telefonkontakt:	Telefonkontakt:								