

Angaben zu Ihrer Krankengeschichte

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit und werden vertraulich behandelt. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes.

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Straße / Nr.:		PLZ / Ort:
Telefon:	Mobiltelefon:	e-mail:
Beruf / Tätigkeit:		
Größe:	Gewicht:	

Allgemeine Angaben zu Ihrer Krankengeschichte:

Rauchen Sie ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> aufgehört <input type="checkbox"/> nein	wie viel am Tag ? seit wann ?	seit wann ?
Treiben Sie Sport ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wie viele Stunden pro Woche ?	
Sind Sie schwanger ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	welche Schwangerschaftswoche ?	
Frühere Schwangerschaften ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Anzahl Geburten:	Fehlgeburten / Abbrüche:
Leiden Sie unter Schlafstörungen ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wie viele Nächte pro Woche ?	
Sind Allergien bekannt ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	welche ?	
Besitzen Sie einen Impfausweis ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	bitte mitbringen !	
Letzte Gesundheitsuntersuchung ?	<input type="checkbox"/> am: <input type="checkbox"/> noch nie	aus welchem Grund ?	
Operationen ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	welche und wann (Jahr)?	
Chemotherapie / Bestrahlung ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	warum und wann (Jahr)?	

Hatten oder haben Sie eine der folgenden Erkrankungen ?

<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Thrombose	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Blutungsneigung
<input type="checkbox"/> Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> HIV-Infektion	<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Gelenkerkrankung
<input type="checkbox"/> Gemütskrankung	<input type="checkbox"/> Reizdarm	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkr.	<input type="checkbox"/> Asthma / COPD
<input type="checkbox"/> Krebserkrankung	<input type="checkbox"/> Krampfanfälle	<input type="checkbox"/> Glaukom	<input type="checkbox"/> Migräne	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> sonstiges:				

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

<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Thrombose	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Allergien	<input type="checkbox"/> Krebserkrankung	<input type="checkbox"/> Asthma / COPD	<input type="checkbox"/> Gelenkerkrankungen	<input type="checkbox"/> Migräne
<input type="checkbox"/> sonstige:				

Nehmen sie gegenwärtig Medikamente ein ? (z.B. : „Pille“, ASS, Marcumar, etc.)

<input type="checkbox"/> ja	welche ?
<input type="checkbox"/> nein	

Vielen Dank für Ihre Mithilfe !

Potsdam, den
(Datum)

.....
(Ihre Unterschrift)