

Name:

Liebe Patientin, Lieber Patient,

bevor wir in der Sprechstunde über Ihre aktuellen Beschwerden und Probleme bzw. die Ihres Kindes sprechen werden, möchten wir Sie bitten, uns einige Informationen über die **Krankenvorgeschichte** zu geben. Selbstverständlich ist die Beantwortung einzelner oder aller Fragen freigestellt. Die Informationen sind vertraulicher Bestandteil Ihrer Patientenakte und unterliegen somit dem Datenschutz

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen? (bitte zutreffendes ankreuzen)					
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>		
Schilddrüsenerkrankung: <input type="checkbox"/> Knoten? <input type="checkbox"/> Funktion?	<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt/KHK	<input type="checkbox"/>		
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	Andere Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>		
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>		
Erhöhte Blutfettwerte (Cholesterin)	<input type="checkbox"/>	Krampfadern	<input type="checkbox"/>		
Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>		
Asthma bronchiale/COPD	<input type="checkbox"/>	Heuschnupfen (nähere Angaben unten)	<input type="checkbox"/>		
Sonstige Erkrankungen:					
<input type="text"/>					
Welche Medikamente werden eingenommen?		Morgens	Mittags	Abends	Zur Nacht
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sind Allergien/Unverträglichkeiten bekannt?					
<input type="text"/>					
Rauchen Sie?			Haben Sie Haustiere/Tierkontakt		
Ja <input type="checkbox"/>		Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>		Nein <input type="checkbox"/>
Wie viel pro Tag: <input type="text"/>		Seit wann: <input type="text"/>	Welche Tiere: <input type="text"/>		
Welche Operationen wurden bereits durchgeführt und wann?					
1.	<input type="text"/>	2.	<input type="text"/>		
3.	<input type="text"/>	4.	<input type="text"/>		
5.	<input type="text"/>	6.	<input type="text"/>		
Was ist der Hauptgrund für Ihren Besuch? Aktuelle Beschwerden:					
<input type="text"/>					
Beruf:		<input type="text"/>			
Telefonnummer/E-Mail:		<input type="text"/>			
Größe und Gewicht:		<input type="text"/>	cm	<input type="text"/>	kg