

## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Dieser Fragebogen dient zur Erfassung Ihrer Krankengeschichte. Selbstverständlich werden Ihre Daten vertraulich behandelt. Bei Bedarf helfen wir Ihnen gerne beim Ausfüllen!

Vielen Dank!

### Persönliche Daten:

Titel:

Nachname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Versicherungsnummer:

Sozialversicherung:

Zusatzversicherung:

JA  -welche?

NEIN

Straße + Nummer:

Wohnort:

Telefonnummer:

E-Mail:

### Anamnese:

Körpergröße in cm:

Körpergewicht in kg:

Rauchen Sie? JA  -wieviel?

- wie lange schon?

NEIN

Haben Sie eine Allergie bzw. eine Medikamentenunverträglichkeit?

JA  - wogegen:

NEIN

### Vorerkrankungen:

Sind Sie Zuckerkrank, leiden Sie an Diabetes mellitus?

JA

NEIN

Leiden Sie unter Bluthochdruck?

JA

NEIN

Ist eine koronare Herzerkrankung bekannt? JA  -welche?

NEIN

Hatten Sie einen Herzinfarkt?

JA  -wann?

NEIN

Hatten Sie einen Schlaganfall?

JA  -wann?

NEIN

Sind andere internistische Erkrankungen bekannt? z.B. von Lunge, Leber, Schilddrüse, Niere, Magen, Darm, „Rheuma“? JA  -welche? NEIN

---

---

---

---

Gab/gibt es Tumorerkrankungen? JA  -welche? NEIN

---

Hatten Sie Operationen? JA  -welche? NEIN

---

---

Leiden Sie an neurologischen Erkrankungen, Depressionen oder Angstzuständen?  
JA  -welche? NEIN

---

Gibt es Gynäkologische od. urologische Erkrankungen? JA  -welche? NEIN

---

**Derzeitiger Zustand:**

Nehmen Sie dzt. irgendwelche Medikamente? (Dauermedikation, Schmerzmittel, Blutverdünner, ect.)  
JA  -welche (inkl. Dosierung)? NEIN

---

---

---

---

---

---

---

---

Was führt Sie zu uns? Was sind Ihre derzeitigen Beschwerden?

---

---

---

---

---

---

---