



### 3. Medikamenteneinnahme

Bitte nennen Sie uns alle Medikamente die Sie verwenden, einschl. der Dosierung.

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### 4. Spezielle Krankheitsgeschichte

- Welche Krankheit führt Sie zu uns?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Welche Symptome (Zeichen die auf eine Krankheit hinweisen) haben Sie zur Zeit?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Waren Sie wg. dieser Krankheit/Symptome schon bei anderen Ärzten o. im Krankenhaus?

Ja  Nein

- Wenn ja, wo oder bei wem und wann?

(Bitte geben Sie vorhandene Unterlagen bitte an der Anmeldung ab!)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Allgemeine Krankenvorgeschichte

- Ist bei Ihnen eine der folgend aufgeführten Erkrankungen bekannt?

- Herzerkrankung?  Ja  Nein
- Lungenerkrankung?  Ja  Nein
- Magenerkrankung?  Ja  Nein
- Darmerkrankung?  Ja  Nein
- Bauchspeicheldrüsenerkrankung?  Ja  Nein
- Nierenerkrankung?  Ja  Nein
- Schlaganfall?  Ja  Nein
- Herzinfarkt?  Ja  Nein
- Bluthochdruck?  Ja  Nein
- Zuckerkrankheit (Diabetes m.)?  Ja  Nein
- Krebserkrankung?  Ja  Nein
- Nervenerkrankung?  Ja  Nein
- Allergien?  Ja  Nein

Wenn „Ja“, welche:

.....

- Waren sie schon einmal ernsthaft krank?

- Ja  Nein

Wenn "Ja", Genaueres bitte als Freitext ergänzen:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- Wurden Sie schon operiert?  Ja  Nein

Wenn ja,

Wann?

Woran?

.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

**6. Familiengeschichte:**

- Sind in Ihrer Familie (Vater, Mutter, Großeltern, Kinder, Onkel, Tante) eine der folgenden Erkrankungen gehäuft aufgetreten?
  - Herzerkrankung?  Ja  Nein
  - Schlaganfall?  Ja  Nein
  - Herzinfarkt?  Ja  Nein
  - Bluthochdruck?  Ja  Nein
  - Zuckerkrankheit?  Ja  Nein
  - Krebserkrankungen?  Ja  Nein
  - Andere: \_\_\_\_\_

**7. Vegetative Anamnese**

- Beobachten Sie bei sich eines der folgenden Symptome?
  - Luftnot?  Ja  Nein
  - Fieber?  Ja  Nein
  - Nächtliches Schwitzen?  Ja  Nein
  - Einschlafstörungen?  Ja  Nein
  - Durchschlafstörungen?  Ja  Nein
  - Guter Appetit?  Ja  Nein
  - Gewichtsverlust?  Ja  Nein
  - Andere: \_\_\_\_\_
  - Stuhlgang
    - Durchfall?  Ja  Nein
    - Verstopfung?  Ja  Nein
    - Andere: \_\_\_\_\_
    - Häufigkeit: \_\_\_\_\_ mal/Tag
  - Wasser lassen
    - Brennen?  Ja  Nein
    - Inkontinenz?  Ja  Nein
    - Nächtliches Wasser lassen?  Ja  Nein
  - Größe \_\_\_\_\_ cm (laut Personalausweis)
  - Gewicht \_\_\_\_\_ kg
    - Veränderungen?  Ja  Nein
- Sind Sie Raucher?  Ja  Nein
  - Zigaretten pro Tag \_\_\_\_\_, seit \_\_\_\_\_ Jahren
- Alkoholkonsum \_\_\_\_\_ pro Tag
- Drogenkonsum? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)