

3. Medikamenteneinnahme

Bitte nennen Sie uns alle Medikamente die Sie verwenden.

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

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 dem _____ Lebensjahr
- Alkoholkonsum _____ pro Tag
- Drogenkonsum? _____

