



Name:		Geburtsdatum:	
--------------	--	----------------------	--

Halten Sie bitte **Impfpass**, **Medikamentenplan** und wenn vorhanden **Versichertenkarte** auch für das Arztgespräch bereit

Leiden Sie aktuell unter Beschwerden?	Wenn Ja, welche:
Sind in den letzten 5 Jahren neue Gesundheitsstörungen aufgetreten? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wenn Ja, welche (z.B. Bluthochdruck, Diabetes, Rheuma, Krebs, Herzinfarkt etc.):
Fanden in den letzten 5 Jahren Operationen statt? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Welche OPs und wann?
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, listen Sie Ihre Medikamente (auch eventuelle Selbstmedikationen) bitte so auf, wie Sie sie einnehmen.

Leiden Sie an Medikamenten-unverträglichkeiten oder -allergien? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche vertragen Sie nicht:									
Hat sich in den letzten 5 Jahren etwas an folgenden Dingen geändert	Wenn ja, was? <table border="1"> <tr> <td>Rauchkonsum</td> <td>Nein <input type="checkbox"/> Ja: <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Alkoholkonsum</td> <td>Nein <input type="checkbox"/> Ja: <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Drogenkonsum</td> <td>Nein <input type="checkbox"/> Ja: <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Ernährung</td> <td>Nein <input type="checkbox"/> Ja: <input type="text"/></td> </tr> </table>		Rauchkonsum	Nein <input type="checkbox"/> Ja: <input type="text"/>	Alkoholkonsum	Nein <input type="checkbox"/> Ja: <input type="text"/>	Drogenkonsum	Nein <input type="checkbox"/> Ja: <input type="text"/>	Ernährung	Nein <input type="checkbox"/> Ja: <input type="text"/>
Rauchkonsum	Nein <input type="checkbox"/> Ja: <input type="text"/>									
Alkoholkonsum	Nein <input type="checkbox"/> Ja: <input type="text"/>									
Drogenkonsum	Nein <input type="checkbox"/> Ja: <input type="text"/>									
Ernährung	Nein <input type="checkbox"/> Ja: <input type="text"/>									
Vegetative Anamnese	Körpergröße: <input type="text"/> cm Körpergewicht: <input type="text"/> kg Inkontinenz: Nein <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Stuhl <input type="checkbox"/> Beides <input type="checkbox"/> Ungewollter Gewichtsverlust (>6kg) Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>									
Sozialanamnese	Familienstand: <input type="text"/> Kinder: <input type="text"/> Pflegegrad: <input type="text"/> Schwerbehinderung (+ Merkzeichen): <input type="text"/> Patientenverfügung: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Organspendeausweis: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Sportlich aktiv: Nein <input type="checkbox"/> Ja: <input type="text"/>									
Familienanamnese Sind in Ihrer Familie schwerwiegende Erkrankungen gehäuft aufgetreten? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Welche Erkrankungen liegen vor und wer ist alles daran erkrankt?									
Vorsorgeuntersuchungen	Darmkrebsvorsorge Hautkrebsscreening Frauenärztliche Vorsorge Aortenscreening	nie <input type="checkbox"/> , zuletzt im Jahr <input type="text"/> nie <input type="checkbox"/> , zuletzt im Jahr <input type="text"/> nie <input type="checkbox"/> , zuletzt im Jahr <input type="text"/> nie <input type="checkbox"/> , zuletzt im Jahr <input type="text"/>								
Notfallkontakt	Name: <input type="text"/> Verhältnis: <input type="text"/> Handynummer: <input type="text"/>									