



Name: [Redacted]

Geburtsdatum: [Redacted]

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

Leiden Sie aktuell unter Beschwerden?	Wenn Ja, welche: [Large empty box for writing responses.]
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.): [Large empty box for writing responses.]
Fanden in den letzten 5 Jahren Operationen statt? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Welche OPs und wann? [Large empty box for writing responses.]
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. [Large empty box for writing responses.]

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?	
	Rauchkonsum	Nein <input type="checkbox"/> Ja: [redacted]
	Alkoholkonsum	Nein <input type="checkbox"/> Ja: [redacted]
	Drogenkonsum	Nein <input type="checkbox"/> Ja: [redacted]
	Ernährung	Nein <input type="checkbox"/> Ja: [redacted]
Vegetative Anamnese	Körpergröße: [redacted] cm Körpergewicht: [redacted] 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: [redacted] Kinder: [redacted] Pflegegrad: [redacted] Schwerbehinderung (+ Merkzeichen): [redacted] 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: [redacted]	
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?	
Vorsorge-untersuchungen	Darmkrebsvorsorge	nie <input type="checkbox"/> , zuletzt im Jahr [redacted]
	Hautkrebsscreening	nie <input type="checkbox"/> , zuletzt im Jahr [redacted]
	Frauenärztliche Vorsorge	nie <input type="checkbox"/> , zuletzt im Jahr [redacted]
	Aortenscreening	nie <input type="checkbox"/> , zuletzt im Jahr [redacted]
Notfallkontakt	Name: [redacted] Verhältnis: [redacted] Handynummer: [redacted]	