

Patient: ..... Datum: .....

Alter: _____ Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg		<b>Bitte beantworten Sie Fragen zu Ihrer Krankengeschichte!</b>	
Familienstand: _____ Beruf: _____ ledig verh. gesch. verw. Lebensgefährte/in		Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig oder bei Bedarf ein?	
<b>Warum kommen Sie heute in unsere Praxis?</b>			
<b>Hatten Sie schon eine dieser Krankheiten?</b>			
	ja	nein	weiß nicht
1 Masern			
2 Diphtherie			
3 Keuchhusten			
4 Röteln			
5 Windpocken			
6 Mumps			
7 Scharlach			
8 Typhus/Paratyphus/Ruhr			
9 Tbc (Tuberkulose)			
10 Grüner / grauer Star			
11 Sehstörungen			(Brille?)
12 Kopfschmerzen			
13 Nasen-Nebenhöhlenentzündung			
14 Nasenbluten			
15 Asthma, Heuschnupfen, Allergien			(Zutreffendes bitte einkreisen)
16 Lungen-, Rippenfellentzündungen			
17 Bronchitis			
18 hoher Blutdruck			
19 Schlaganfall			
20 Herzinfarkt			
21 andere Herzkrankheiten, Gefäßleiden			
22 Krampfadern, Thrombose, offene Beine			
23 Leberkrankheiten			
24 Gallensteine			
25 Magenbeschwerden			
26 Nieren- Blasen- Erkrankungen			
27 Krankheiten der Vorsteherdrüse (Prostata)			
28 Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane			
29 Geschlechtskrankheiten			
30 Verstopfung / Durchfälle			(Zutreffendes bitte einkreisen)
31 Hautkrankheiten			
32 Zuckerkrankheit (Diabetes)			
33 Gicht / Rheuma			
34 Schilddrüsenerkrankungen			
35 Beschwerden der Gelenke/Wirbelsäule			
36 Knochenbrüche, Unfälle			
37 Blutkrankheiten			
38 Krebs			
39 Andere Krankheiten – welche?			
40 wurden Sie schon operiert, woran?			
41 Rauchen Sie?			
42 trinken Sie regelmäßig Alkohol?			(wie viel?)
<b>Gibt es in Ihrer Familie folgende Krankheiten?</b>			
43 Hoher Blutdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall?			
44 Übergewicht, Zuckerkrankheit (Diabetes)?			
45 Nervenkrankheiten			
46 Krebs			
47 Suchtkrankheiten			

Sind Arzneimittelunverträglichkeiten bekannt?

Dieses Feld bitte möglichst nicht beschriften

**Beim nächsten Praxisbesuch bitte Impfausweis mitbringen !**