



## Krankengeschichte

Liebe Patienten,

um Sie in Ihrer persönlichen Krankengeschichte optimal betreuen zu können, benötigen wir einige Informationen. Bitte beantworten Sie folgende Fragen. Sollten sich dabei Schwierigkeiten ergeben, wenden Sie sich an unser Team.

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

ehemaliger Hausarzt: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  M  W

Alter in Jahren: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  J  N  gelegentlich

Trinken Sie Alkohol?  J  N  gelegentlich

Treiben Sie Sport?  J  N  gelegentlich

Haben Sie viel Stress?  J  N  gelegentlich

Bestehende Krankheiten:  J  N Welche? \_\_\_\_\_

Frühere Krankheiten:  J  N Welche? \_\_\_\_\_

Frühere Operationen:  J  N Welche? \_\_\_\_\_

Allergien:  J  N Welche? \_\_\_\_\_

### Erkrankungen in der Familie:

Herz/Lunge:  J  N

Schlaganfall:  J  N

Rheuma:  J  N

Bluthochdruck:  J  N

Übergewicht:  J  N

Krebsleiden:  J  N

Zuckerkrankheit:  J  N    Andere Krankheiten: \_\_\_\_\_

Letzte Gesundheitsuntersuchung im Jahr: \_\_\_\_\_    Letztes Hautkrebsscreening im Jahr: \_\_\_\_\_

Letzte gynäkologische / urologische Kontrolle: \_\_\_\_\_    letzte Koloskopie: \_\_\_\_\_

Letzte augenärztliche Kontrolle \_\_\_\_\_

Derzeitige

Medikamente: \_\_\_\_\_

Um den Impfstatus überprüfen zu können, bitten wir Sie ihren Impfpass mitzubringen.