

Ihre Vorerkrankungen

Herzinfarkt Nein Ja im Jahr: _____
Bluthochdruck Nein Ja seit: _____
Diabetes mellitus (Zucker) Nein Ja seit: _____
Blutungs-/Thromboseneigung Nein Ja seit: _____
Gelenkserkrankung Nein Ja seit: _____
Infektionskrankheiten Nein Ja seit: _____
Schilddrüsenerkrankungen Nein Ja seit: _____
Herz-, Kreislauf- und Gefäßerkrankungen Nein Ja

Welche, seit wann: _____

Leber- und Nierenerkrankung Nein Ja

Welche, seit wann: _____

Lungen- und Atemwegserkrankungen Nein Ja

Welche, seit wann: _____

Nerven- und Augenerkrankungen Nein Ja

Welche, seit wann: _____

Stoffwechselerkrankungen Nein Ja

Welche, seit wann: _____

Allergien Nein Ja

Welche, seit wann: _____

Hormonstörungen Nein Ja

Welche, seit wann: _____

Andere Krankheiten* Nein Ja

Welche, seit wann: _____

Besteht eine Schwangerschaft Nein Ja

Besteht eine Hepatitis B Impfung Nein Ja

Wann war die letzte Menstruation? _____ Monat/Jahr

Wie häufig haben Sie Stuhlgang

täglich alle 2 Tage alle 3 Tage alle 4 Tage seltener

Rauchen Sie regelmäßig? Nein Ja Wie viele: _____ Seit wann: _____

Wenn nein, haben Sie früher geraucht? Nein Ja Wie viele: _____

Vom _____ bis zum _____ Lebensjahr

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Nein Ja *

Wenn ja, wie viel (Menge pro Tag/Woche) _____

Familienanamnese (Groß-/Eltern, Geschwister, Kinder)

Herzinfarkt Nein Ja Gerinnungsstörung Nein Ja
Schlaganfall Nein Ja Krebserkrankung Nein Ja*

*Welche? _____

Andere Erkrankungen: _____

Sind Verwandte von Ihnen an Krankheiten verstorben? Nein Ja

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein Ja

Medikament	Wie oft	Seit wann

Datum, Unterschrift Patient/in