



### 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