

## Ärztliche Fragen zur Krankenvorgeschichte

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

Tel: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

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

Welche wesentlichen Vorerkrankungen sind in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Kinder) bekannt? (z.B. Krebserkrankung, Diabetes, Herzinfarkt)

---

Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

Erhöhter Blutdruck ?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Diabetes ?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Fettstoffwechselstörung ?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Schilddrüsenerkrankung ?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Allergie ?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja, welche?

---

Hatten Sie Operationen ?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja, welche?
--------------------------	----------------------------	-----------------------------------

---

Hepatitis ?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Krebserkrankung ?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja, welche?

---

Welche Medikamente nehmen Sie dauerhaft ein?

---

Gewicht: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  Nein  Ja, seit wann und wieviel ? \_\_\_\_\_

Besitzen Sie einen Impfpass?  Nein  Ja  Weiß nicht

Sind die Impfungen vollständig?  Nein  Ja  Weiß nicht

Ich bin einverstanden, am Recall (Benachrichtigung) der Praxis teilzunehmen  Nein  Ja