

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