

- Epilepsie
- Fettstoffwechselstörung
- sonstige Erkrankung: _____
- Bewegungsapparat

Länger bestehende/wiederkehrende Beschwerden

- Herzstolpern
- Blut im Urin
- Blut im Stuhl
- Andere
- Häufige Infekte
- Rückenschmerzen
- Verstopfung/Durchfälle
- Menstruationsbeschwerden
- Probleme beim Wasserlassen/-halten
- Seelische/nervöse Beschwerden
- Andere _____

Operationen (bitte erläutern):

- Herz: _____
- Bauch: _____
- Gefäße: _____
- Wirbelsäule: _____
- Sonstige: _____

Krankenhausaufenthalte:

Waren Sie schon einmal im Krankenhaus?

- ja nein Wenn ja, warum und wo?

Bitte bringen Sie die letzten Entlassungsberichte der Krankenhausaufenthalte mit.

Erkrankungen in der Familie (Mutter/Vater/Geschwister)

- Bluthochdruck
 - Herzinfarkt / Koronare Herzkrankheit
 - Nervensystem / Psyche (z.B. Depression)
 - Schlaganfall
 - sonstige Erkrankungen: _____
 - Diabetes mellitus
 - Krebserkrankung
 - Fettstoffwechselstörung
-

Allergien

- Wespen-/Bienengift
- Allergischer Schock in der Vergangenheit
- Medikamente _____
- Lebensmittel _____
- Andere _____

Weitere persönliche Angaben (freiwillig)

- Rauchen Sie? ja nein wenn ja, wieviel? _____
- Trinken sie Alkohol? ja nein wenn ja, wieviel? _____
- Nehmen Sie Drogen? ja nein wenn ja, was? _____
- Spezielle Kostform? (z.B. vegetarisch, laktosefrei etc.) _____
- Bekannte Allergien? ja nein wenn ja, welche? _____
-
- Besitzen Sie eine Patientenverfügung? ja nein
- Besitzen Sie einen Impfausweis? ja nein

