



Fragen zu Ihrer gesundheitlichen Vorgeschichte

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Gerne möchten wir uns auf Ihren Termin in unserer Praxis optimal vorbereiten. Bitte beantworten Sie daher nachfolgende Fragen zu Ihrer gesundheitlichen Vorgeschichte und geben Sie den ausgefüllten Bogen bitte vor Ihrem Arzttermin wieder bei uns ab.

Wurden Sie schon einmal operiert?

Blinddarm	ja ()	nein ()	Wann? _____
Mandeln	ja ()	nein ()	Wann? _____
Galle	ja ()	nein ()	Wann? _____

Sonstige Operationen: _____

Besteht eine Schwangerschaft?	ja ()	nein ()	möglich ()
Hatten Sie Unfälle?	ja ()	nein ()	Art: _____
Hatten Sie Knochenbrüche?	ja ()	nein ()	Art: _____
Haben Sie Behinderungen?	ja ()	nein ()	Art: _____

Vorerkrankungen:

ggf. Ihre Anmerkungen:

Bluthochdruck?	ja ()	nein ()	
Herz-Krankheit (KHK, Infarkt)?	ja ()	nein ()	
Asthma?	ja ()	nein ()	
Chronische Bronchitis (COPD)?	ja ()	nein ()	
Zuckerkrankheit (Diabetes)?	Typ 1 ()	Typ 2 ()	nein ()
Fettstoffwechsel (Cholesterin)?	ja ()	nein ()	
Gicht (Harnsäure)?	ja ()	nein ()	
Magen-/Darm-Erkrankungen?	ja ()	nein ()	
Nieren-Erkrankungen?	ja ()	nein ()	
Haut-Krankheiten?	ja ()	nein ()	
Rheuma?	ja ()	nein ()	
Gelenke? Knochen? Muskeln?	ja ()	nein ()	
Schilddrüsen-Erkrankungen?	ja ()	nein ()	
Infektionskrankheiten? HIV?	ja ()	nein ()	
Leberentzündung (Hepatitis)?	ja ()	nein ()	
Psychische Erkrankungen?	ja ()	nein ()	
Anfallsleiden (Epilepsie)?	ja ()	nein ()	
Schwindel?	ja ()	nein ()	
Krebsleiden?	ja ()	nein ()	
Migräne?	ja ()	nein ()	
Häufige Kopfschmerzen?	ja ()	nein ()	
Krampfadern?	ja ()	nein ()	
Thrombose?	ja ()	nein ()	
Gallensteine?	ja ()	nein ()	

Ich hatte sicher: () Windpocken, () Masern, () Mumps, () Röteln, () COVID-19/Corona

Hatten Sie Erkrankungen, nach denen wir Sie nicht gefragt haben? Wenn ja, welche?

Haben Sie Allergien, insbesondere gegen Medikamente? nein () ja (), gegen: _____



Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja () nein ()
Wenn ja, welche?

Sind Ihnen folgende Krankheiten in der Familie (Mutter, Vater, Geschwister, Kinder) bekannt?

Ggf. hier genauere Angaben bei „ja“:

Bluthochdruck?	ja ()	nein ()
Zuckerkrankheit (Diabetes)?	ja ()	nein ()
Fettstoffwechsel/Cholesterin?	ja ()	nein ()
Herzinfarkt/KHK?	ja ()	nein ()
Bauchaortenaneurysma?	ja ()	nein ()
Schilddrüsen-Störung?	ja ()	nein ()
Krebs?	ja ()	nein ()

Falls Sie bei der Frage nach Krebs in der Familie „ja“ angekreuzt haben, bitte genauere Angaben (Krebsart? Darm-/Brust-/Hautkrebs? bei wem? wann erstmals aufgetreten?):

Sind Ihnen sonstige Krankheiten innerhalb der Familie bekannt?

Rauchen Sie? nein () ja (): Menge: _____/Tag, seit ca. _____ Jahren

nicht mehr (), habe ca. _____ Jahre geraucht, Menge: _____/Tag

Wie oft trinken Sie Alkohol? nie (), etwa 1 mal pro Monat (), 2–4 mal pro Monat (),
2–3 mal pro Woche (), 4 mal oder öfter pro Woche ()

Treiben Sie Sport? ja () nein () ab und zu ()

Ernährung: vegetarische Kost (), vegane Kost (), sonstige: _____

Körpergröße (in cm): _____ Gewicht (in kg): _____

Haben Sie einen Pflegegrad/Pflegestufe? Wenn ja: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

Welchen Beruf üben Sie aus/haben Sie ausgeübt? _____

Sonstige Angaben, die Ihnen wichtig erscheinen: _____

Unsere Patienteninformation zum Datenschutz nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) finden Sie auf unserer Homepage.

Datum: _____ Unterschrift: _____ Seite 2/2

Bitte die Folgeseite beachten >>>



Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Ihre Erreichbarkeit

Damit wir Sie im Bedarfsfall (zum Beispiel zur Übermittlung von pathologischen Laborwerten oder sonstigen wichtigen Befunden) kurzfristig und sicher erreichen können, möchten wir Sie bitten, hier Ihre Erreichbarkeiten zu notieren:

Telefon Mobil: _____

Telefon Festnetz: _____

E-Mail: _____