

Vor- und Nachname	Geburtsdatum	Telefon
Adresse		E-Mail

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ergänzen

1	Was ist Ihr Hauptanliegen? Aktuelle Beschwerden		
2	Haben/Hatten Sie einen Hausarzt? Wenn ja, wer?	ja	nein
3	Haben Sie eine Allergie? Z.B.: Medikamente, Nahrung, Pollen, Gräser, Kontrastmittel, Jod, Metalle..	ja	nein
4	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein/ bekommen Sie regelmäßig Injektionen, Infusionen?	ja	nein
5	Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente? z.B. Marcoumar, Xarelto, Eliquis, Plavix, Thrombo-ASS, ...	ja	nein
6	Sind Sie Raucher/in oder haben Sie jemals geraucht? Wenn ja, wie viel?	ja	nein
7	Trinken Sie alkoholische Getränke? Wenn ja, wie viel?	ja	nein
8	Hatten Sie in letzter Zeit einen Spitalsaufenthalt? Wenn ja, weswegen?	ja	nein
9	Hatten Sie schon eine Operation? Wann, welche?	ja	nein
10	Sind Sie derzeit schwanger? Wenn ja wievielte Woche/Monat?	ja	nein
11	Gab es bereits frühere Schwangerschaften oder Geburten?	ja	nein
12	Haben Sie eine Herz-Kreislaufferkrankung? z.B: Bluthochdruck, Herzinfarkt, Angina Pectoris, Rhythmusstörung, Herzfehler, Klappenersatz	ja	nein
13	Haben Sie eine Erkrankung des blutbildenden Systems? z.B. Leukämie, Lymphom, Agranulozytose, Anämie, Hämophilie, ..	ja	nein

14	Haben Sie eine Erkrankung der Atemwege? z.B: Asthma, chronische Bronchitis (COPD), Tuberkulose, Tumor, mit Sauerstofftherapie	ja	nein
15	Haben Sie eine Erkrankung der Verdauungsorgane? z.B. Leber, Leberzirrhose, Magen-Darm, M. Crohn, Colitis ulcerosa, Reizdarm, Bauchspeicheldrüse, Pankreasinsuffizienz, -entzündung	ja	nein
16	Haben Sie eine Erkrankung des Nervensystems? z.B. Migräne, Schlaganfall, Hirnblutung, Epilepsie, MS, Neuralgien,	ja	nein
17	Haben Sie eine Erkrankung der Blutgefäße? z.B. art. Durchblutungsstörung, Venenleiden, Thrombose	ja	nein
18	Haben Sie eine Stoffwechselerkrankung oder hormonelle Erkrankung? z.B: Diabetes, Gicht, Schilddrüse, Nebenniere, Blutfette. Seit wann?	ja	nein
19	Sind Sie insulinpflichtig? Wenn ja seit wann?	ja	nein
20	Haben Sie ein psychisches Leiden? z.B: Angst, Depression, Schizophrenie, Neurose, Burnout, Essstörung	ja	nein
21	Haben Sie eine Erkrankung der Niere, Harnblase oder Prostata? z.B. Nierensteine, Blasenschwäche, Entzündung, Tumor	ja	nein
22	Haben Sie eine rheumatische Erkrankung? z.B. rheumatisches Fieber	ja	nein
23	Haben Sie eine Autoimmunerkrankung? z.B: Lupus, Panarteritis nodosa, Dermatomyositis, Sklerodermie	ja	nein
24	Haben/Hatten Sie eine Tumorerkrankung/Chemo-/Strahlentherapie?	ja	nein
25	Organtransplantation oder Immunsuppression?	ja	nein
26	Augen oder Ohrenerkrankung? z.B. Glaukom	ja	nein
27	Haben Sie eine Infektionskrankheit? z.B: Hepatitis, HIV, Tuberkulose, Syphilis	ja	nein
28	Gibt es Erkrankungen in Ihrer Familie die gehäuft vorkommen?	ja	nein

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben:

Ort	Datum	Unterschrift
-----	-------	--------------