

Haben sie zur Zeit weitere Erkrankungen? Nein: Ja:(siehe Liste)

Erkrankung:	Seit:	In Behandlung?	
		Ja	nein

Welche Medikamente haben sie in den letzten 3 Monaten eingenommen?

Kein Medikament: _____
 folgende Medikamente: _____ (siehe folgende Liste)

Ich nehme:

Medikament:	Seit:	Dosierung:
Blutverdünner:		
Bluthochdruckmittel:		
Schmerzmittel:		
Magensäureblocker:		
Entwässerungstbl.:		

Was unternehmen Sie derzeit um ihre Beschwerden zu lindern?

Erkrankung:	Maßnahme zur Linderung:

Welche bedeutsamen Erkrankungen hatten sie schon?

Erkrankung:	Genaue Bezeichnung:	Jahr/Zeitpunkt:	Besteht die Erkrankung noch?
Herz/Kreislauf			
Lunge			
Leber			
Niere			
Magen/Darm/Trakt			
Schilddrüse			
Wirbelsäule			
Gelenke/Extremitäten			
Allergien			
Infektionserkrankungen			
Sonstige			

Welche Kinderkrankheiten hatten sie schon?

Masern	Ja	nein
Windpocken/Wasserpocken/Feuchtblättern	Ja	nein
Keuchhusten	Ja	nein
Mumps/Ziegenpeter	Ja	nein
Scharlach	Ja	nein
Röteln	Ja	nein

Welche ernstesten Erkrankungen sind bei Ihren Eltern, Geschwistern, etc. aufgetreten?
 (z.B. Bluthochdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebs, Zucker, Epilepsie, Rheuma, Asthma, Allergien, Nervenerkrankungen, etc.)

Erkrankung	Elternteil, Bruder, Schwester, etc.	Alter bei Auftreten

Sind nahe Verwandte von Ihnen an Krankheiten verstorben?
 Nein: _____ Ja: _____ (siehe Liste)

Verwandter:	Krankheit:	Alter:

Wurden Sie schon einmal operiert? Nein: _____ Ja: _____ (siehe Liste)

Art der OP:	Zeitpunkt:	Verlauf:	
		Gut:	Schlecht:

Hatten sie Unfälle? Nein: _____ Ja: _____ (siehe Liste)

Art:	Jahr:	Dauer der Rehabilitation:

Krankenhausaufenthalte? Nein: _____ Ja: _____ (siehe Liste)

Grund:	Jahr:	Dauer? (etwa)

Rauchen sie?

Nein: _____ Ja: _____ (bei ja weitere Angaben machen) nur eines ankreuzen

Zigaretten: täglich wöchentlich gelegentlich Menge: _____

Zigarren: täglich wöchentlich gelegentlich Menge: _____

Pfeife: täglich wöchentlich gelegentlich Menge: _____

Trinken sie Alkohol?

Nein: _____ Ja: _____ (bei ja weitere Angaben machen)

Bier: täglich wöchentlich gelegentlich Menge: _____

Wein: täglich wöchentlich gelegentlich Menge: _____

Spirituosen: täglich wöchentlich gelegentlich Menge: _____

Beschreiben sie ihr Alltagsverhalten

Ich esse sehr schnell:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 trifft wenig zu trifft sehr zu

Ich esse häufig (täglich) Süßes:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
trifft wenig zu trifft sehr zu

Ich bin Vegetarier:

Ich bin Veganer:

Ich esse Vollkost:

Ich trinke weniger als 2,5 Liter nicht alkoholische Flüssigkeit:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
trifft wenig zu trifft sehr zu

Ich habe Stuhlgang: (bitte nur eine Möglichkeit ankreuzen)

täglich alle 2 Tage alle 3 Tage alle 4 Tage seltener

Ich habe Beschwerden beim Wasserlassen:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
trifft wenig zu trifft sehr zu

Mein Schlaf ist ruhig und erholsam:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
trifft wenig zu trifft sehr zu

In meinem Beruf bin ich zufrieden und fühle mich erfolgreich:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
trifft wenig zu trifft sehr zu

Mit meinem Privatleben bin ich zufrieden und glücklich:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
trifft wenig zu trifft sehr zu

Welchen Sport betreiben sie regelmäßig:

Sportart:	Häufigkeit (Stunden/Minuten pro Woche):

Welche weiteren Informationen zu ihrer Erkrankung halten sie für wichtig und möchten sie mitteilen?

Datum: _____ **Unterschrift:** _____