



Name _____

Termin: _____

Familiäre Belastung:

Sind Blutsverwandte von Ihnen von einer der folgenden Krankheiten betroffen:

	ja	nein
<input type="checkbox"/> Herzinfarkt oder Verengung der Herzkranzgefäße?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Schlaganfall?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Krebserkrankungen (z.B. Darm- oder Brustkrebs)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Allergien (z.B. Heuschnupfen, Asthma, Neurodermitis)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen (z.B. offene Beine)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bestehen folgende gesundheitliche Probleme?

<input type="checkbox"/> Häufiger Wechsel zwischen Durchfall und Verstopfung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Blut oder Schleim im Stuhl?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Ungewollte Gewichtsab- oder -zunahme?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Mehr Durst oder häufigeres Wasser lassen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Ungewohnte Atemprobleme, z.B. bei Belastung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Schmerzen im Brustkorb bei Belastung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Verspüren Sie häufiger Herzrhythmusstörungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Sind Ihnen Veränderungen Ihrer Haut aufgefallen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Leiden Sie gehäuft unter Schnupfen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Bemerken Sie, dass Sie vergesslich sind?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Stürzen Sie gelegentlich?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Wird Ihnen häufiger schwindelig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Schnarchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Größe: _____ cm

Gewicht: _____ kg

Tägliches Leben:

Rauchen Sie? Nein Ja, _____ Zig./ Tag

Trinken Sie Alkohol? Nein Selten Ja, _____ / Tag

Treiben Sie Sport? Nein Ja, _____

Sind Sie gegen etwas allergisch? Nein Ja, _____

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

1. _____ 2. _____ 3. _____

4. _____ 5. _____ 6. _____

Unser Ziel ist Ihre Gesundheit.

Gerne stehen wir Ihnen für Fragen zur Verfügung.

Ihr Praxisteam

Bringen Sie bitte Ihren Impfausweis mit.