



## MEDIZINISCHER FRAGEBOGEN

Meine Allergien  Keine  Wenn ja, welche (z.B. Penicillin?):

Röntgenkontrastmittel (Jod)  sonstige:

Schwangerschaft  Nein  Ja, Termin: Stillen Sie?  Nein  Ja

Meine chronischen Krankheiten

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Keine                               | <input type="checkbox"/> Arterielle Hypertonie (Bluthochdruck)        | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenkrankheit                        |  |
| <input type="checkbox"/> Herzkrankheiten                     | <input type="checkbox"/> Asthma Bronchiale / COPD (Chron. Bronchitis) |  |
| <input type="checkbox"/> Colonkarzinom (Darmkrebs)           | <input type="checkbox"/> Magen- oder Darmkrankheit                    |  |
| <input type="checkbox"/> Anderer Krebs / Tumorleiden:        | <input type="checkbox"/> Hauterkrankung (z.B. Schuppenflechte)        |  |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung                    | <input type="checkbox"/> sonstige:                                    |  |

Meine Dauermedikamente  Keine

	Morgens	Mittags	Abends	zur Nacht
	.	.	.	.
	.	.	.	.
	.	.	.	.
	.	.	.	.

Zuletzt durchgeführter	Check Up	Hautkrebscreening	Krebstvorsorgen	Darmspiegelung
(Monat/ Jahr)	( / )	( / )	( / )	( / )

Familienanamnese  
(welche Krankheiten sind bei Ihrer Familie aufgetreten?)

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) bei wem?

Herzinfarkt/KHK  Schlaganfall bei wem?

Colonkarzinom (Darmkrebs) bei wem?

Anderer Krebs / Tumorleiden: bei wem?

Art. Hypertonie (Bluthochdruck) bei wem?

sonstige: bei wem?

Verraten Sie uns bitte Ihre Größe und Gewicht:  
(wichtig für die Dosierung von Medikamente)

Größe (cm) =                      Gewicht (Kg) =

Ernähren Sie sich vegetarisch  Ja  Nein

oder hauptsächlich vegan  Ja  Nein

Rauchen Sie:  Nein  Ja, wieviel?

Trinken Sie Alkohol:  Nein  Ja, wieviel?

## IHRE ÄRZTE

Bisheriger Hausarzt: Orthopäde

Gynäkologe Urologe

Augenarzt Kardiologe

Hautarzt (Dermatologe) sonstige:

## GRUND FÜR AKTUELLEN BESUCH

Ich suche neuen Hausarzt / Hausärztin  Ich komme auf Überweisung zur Untersuchung

sonstige:

Meine aktuellen Beschwerden:

Vielen Dank