

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