



Aktuelle Beschwerden:

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

- | | | | |
|------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------------------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | Seit wann?
_____ | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | Seit wann?
_____ |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | _____ | <input type="checkbox"/> Angina pectoris | _____ |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung | _____ | <input type="checkbox"/> sonstige Herzerkrankung | _____ |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | _____ | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | _____ |
| <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörung | _____ | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung | _____ |
| <input type="checkbox"/> Krampfadern | _____ | <input type="checkbox"/> Gelenkerkrankungen | _____ |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | _____ | <input type="checkbox"/> Hauterkrankung | _____ |
| <input type="checkbox"/> erhöhte Harnsäurewerte
(Gicht) | _____ | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung | _____ |
| <input type="checkbox"/> sonstige Erkrankungen | _____ | | |

Operation

Was?

Wann?

Welches Krankenhaus?

Aktuelle Medikamenteneinnahme (Bitte legen sie den aktuellen Plan aller Medikamente vor):

Bedarfsmedikamente (Schmerzmittel / Schlafmittel):



Allgemeine Fragen

Gehen Sie regelmäßig zur Vorsorgeuntersuchung (Uro/Gyn)? ja nein

Wann war die letzte Untersuchung?

Anzahl der Schwangerschaften:

Gab es Komplikationen in der Schwangerschaft?

Ist Ihr Appetit normal?

Leiden sie unter einer ungewollten Gewichtsabnahme?

Gibt es Probleme beim Wasser lassen?

Wie oft stehen Sie nachts zum Wasser lassen auf?

Wieviel trinken Sie pro Tag?

Ist Ihr Stuhlgang normal?

Leiden Sie unter Schlafstörungen?

Rauchen Sie? Wenn ja, seit wann und wieviel pro Tag?

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, seit wann und wieviel pro Tag?

Leiden sie unter Allergien oder Unverträglichkeiten (z.B. Laktose):

Gibt es in Ihrer Familie folgende Erkrankungen?

- Herz- Kreislauferkrankungen
- Bluthochdruck
- Fettstoffwechselstörung
- andere wesentliche Erkrankungen
- Diabetes mellitus
- Schlaganfall