

Ihr **Name, Vorname:**

Ihr **Geburtsdatum:**

Vorgeschichte: (Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen)

Ihre **Körpergröße:** Ihr **Gewicht:**

Raucher (Zigaretten pro Tag)?

Wer ist Ihr(e) behandelnde(r) **Hausarzt/Hausärztin?**

Fachärzte:

Chronische Erkrankungen: ja nein

Welche:

Diabetes mellitus ja nein

Bluthochdruck ja nein

Schilddrüsenerkrankungen ja nein

Lebererkrankungen ja nein

Nierenerkrankungen ja nein

Erhöhte Blutfettwerte ja nein

Herzbeschwerden ja nein

Herzschrittmacher ja nein

Durchblutungsstörungen ja nein

Hauterkrankungen ja nein

Asthma ja nein

Anfallsleiden ja nein

Augenerkrankungen ja nein

Magen-Darm-Erkrankungen ja nein

Krebserkrankung ja nein

Gelenkerkrankungen ja nein

Wirbelsäulenerkrankung ja nein

HIV/Hepatitis ja nein

Seit wann?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Familiär aufgetreten?

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

Allergien/Allergiepass: ja nein

Welche?
.....
.....

Frakturen: ja nein

Welche? Wann?
.....
.....

Operationen: ja nein

Welche? Wann?
.....
.....

Dauermedikamente ja nein (Wenn ja, listen Sie Ihre Medikamente bitte auf):

Name der Tabletten	Frühstück	Mittag	Abend	Zur Nacht

Soziales:

Beruf/Ausbildung: **aktuelle Tätigkeit:**

Grad der Behinderung (GdB %):

Rente? Erwerbsunfähigkeitsrente? (Seit wann?)

Familienstatus: alleinstehend? zusammenlebend? verheiratet? verwitwet?

Freizeitaktivitäten/Hobby?

Eigene Kinder:

Berlin, den

Unterschrift:

VIELEN DANK FÜR IHRE MITHILFE!

Ihr Praxisteam