

Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Telefon/Mobil-Nr.: _____

E-Mail: _____ Männlich Weiblich

Beruf: _____

Besteht eine gesetzliche Betreuung? Nein Ja

Ihre Vorerkrankungen

Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	Seit: _____
Diabetes mellitus (Zucker)	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	Seit: _____
Fettstoffwechselstörung	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	
Harnsäurestoffwechselstörung	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	
Gelenk-Rheuma	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	
Asthma	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	Seit: _____
Psychische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	Seit: _____
Anfallsleiden	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	Seit: _____

Herz-Kreislauf-/Gefäßkrankung	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	Welche: _____
Magenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	Welche: _____
Leberentzündung (Hepatitis)	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	Welche: _____
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	Welche: _____
Stoffwechselerkrankung	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	Welche: _____
Tumor-/Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	Welche: _____
Allergien	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	Welche: _____
Andere Krankheiten	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	Welche: _____

Familienvorgeschichte (Groß-/Eltern, Geschwister, Kinder)

Herzinfarkt	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Fettstoffwechsel	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus (Zucker)	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankung	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja*	<input type="checkbox"/>

*Welche? _____

Andere Erkrankungen: _____

Vegetative Anamnese:

Durst normal vermehrt
Appetit normal vermehrt
Stuhlgang normal
Wenn nicht normal Durchfall _____ pro Tag, Blut dabei
Wasserlassen normal vermehrt
Nachts öfter als 1-2 mal Nein Ja
Gewicht Konstant Zunahme Abnahme seit _____ ca. _____ kg
Fieber Nein Ja
Nachtschweiß Nein Ja
Rauchen Sie? Nein Ja Wie viele: _____ Seit wann: _____
Alkohol? Nein Ja Täglich Ab und zu
Was _____ Wie viel _____

Für Frauen:

Ich gehe regelmäßig zu meinem Frauenarzt Nein Ja

Ab 50 Jahre:

Eine Dickdarmuntersuchung wurde bereits durchgeführt Nein Ja

Beschreiben Sie bitte Ihre aktuellen Beschwerden (bzw. den Grund Ihrer Vorstellung bei uns)

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein Ja

Medikament	Wie oft	Seit wann

Datum / Unterschrift des Patienten

Wird vom Praxispersonal ausgefüllt:

Größe: _____ cm Gewicht : _____ kg RR _____ mmHg Puls _____ / min