

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte füllen Sie den nachfolgenden Bogen gewissenhaft aus. Bei Fragen wenden Sie sich jederzeit gerne an unser Praxisteam.

Name, Vorname: _____

Medizinische Angaben

Haben Sie bereits folgende Untersuchungen durchführen lassen:

Gesundheitsuntersuchung (Check up): ☐ Nein ☐ Ja, zuletzt _____

Hautkrebsscreening: ☐ Nein ☐ Ja, zuletzt _____

Darmkrebsvorsorge: ☐ Nein ☐ Ja, zuletzt _____

Wurde bei Ihnen bereits ein **Hepatitis-B- und/oder Hepatitis-C-Screening** durchgeführt?

☐ ja ☐ nein ☐ weiß nicht

Familienanamnese

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?

- Herzinfarkt ☐ ja ☐ nein Wenn ja: bei wem? _____
- Schlaganfall ☐ ja ☐ nein Wenn ja: bei wem? _____
- Diabetes ☐ ja ☐ nein
- Krebserkrankungen ☐ ja ☐ nein Wenn ja: Art _____
- Sonstige relevante Erkrankungen: _____

Lebensgewohnheiten

- **Rauchen:**

☐ nein ☐ ja, seit _____ Jahren ☐ Anzahl Zigaretten/Tag: _____

- **Cannabiskonsum:**

☐ nein ☐ gelegentlich ☐ regelmäßig

- **Alkoholkonsum:**

☐ kein ☐ gelegentlich ☐ regelmäßig

Wenn ja, wie oft und wie viel pro Woche? _____

- **Bewegung/Sport:**

☐ kaum ☐ gelegentlich ☐ regelmäßig

Art/Frequenz: _____

- **Ernährung:**

☐ ausgewogen ☐ eher fett-/zuckerreich ☐ vegetarisch ☐ vegan

- **Stressbelastung:**

☐ gering ☐ mäßig ☐ stark

Ursachen (z. B. Beruf, Familie, Krankheit): _____

Gibt es bei Ihnen einen wichtigen Punkt, den Sie noch mitteilen möchten?

Coburg, den _____

Unterschrift Patient/in: _____