

Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen?

Welche? Seit wann?

Bluthochdruck Nein Ja _____

Herzkranzgefäße, Herzinfarkte Nein Ja _____

Herzerkrankungen Nein Ja _____

Schlaganfall Nein Ja _____

Durchblutungsstörung der Beine Nein Ja _____

Zuckerkrankheit / Diabetes Nein Ja _____

Fettstoffwechselstörung Nein Ja _____

Tumorerkrankungen Nein Ja _____

Lebererkrankungen Nein Ja _____

Chronische Infektionskrankheiten Nein Ja _____

Blutungsstörungen, Bluterkrankungen Nein Ja _____

Lungenerkrankungen (Asthma, COPD) Nein Ja _____

Thrombose o. Lungenembolie Nein Ja _____

Augenerkrankungen (z.B. Grüner Star /Glaukom?) Nein Ja _____

Psychische Erkrankungen Nein Ja _____

Krampfleiden/ neurolog. Erkrankungen Nein Ja _____

Operationen/ Unfälle Nein Ja _____

Sonstiges _____

Wie groß sind Sie: _____ (cm) Wieviel wiegen Sie: _____ (kg)

Haben Sie in den letzten 6 Monaten stark zu- oder abgenommen? Nein zu ab

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Familienanamnese

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?

Bluthochdruck Nein Ja

Erkrankung der Herzkranzgefäße, Herzinfarkt Nein Ja

Herzerkrankungen Nein Ja

Schlaganfall Nein Ja

Durchblutungsstörungen der Beine Nein Ja

Zuckerkrankheit /Diabetes Nein Ja

Krebserkrankung / Tumorerkrankung Nein Ja

Blutungsstörungen, Bluterkrankungen Nein Ja

Thrombose oder Lungenembolie Nein Ja

Sozialanamnese

Beruf: _____

Familienstand: _____ Kinder: _____

Bei minderjährigen Patienten:

gemeinsames Sorgerecht alleiniges Sorgerecht Mutter Vater

Lebensstil

Rauchen Sie? Nein Ja (wie viel/seit wann?) _____

Nicht mehr seit _____

Konsumieren Sie Cannabis? Nein Ja (wie viel/seit wann?) _____

Nicht mehr seit _____

Wie häufig trinken Sie Alkohol (wieviel /Art?) _____

Nehmen Sie Drogen? Nein Ja, (welche Droge?) _____

Haben Sie eine besondere Ernährungsform? Nein Ja, vegetarisch Ja, vegan

Treiben Sie Sport oder andere körperliche Bewegung? (Was, wie oft?):

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

Coburg, den _____

Unterschrift Patient/in: _____