



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

*Welche? Seit wann?*

- |  |                               |                                   |
|--|-------------------------------|-----------------------------------|
| Bluthochdruck                                  | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja _____ |
| Herzkranzgefäße, Herzinfarkte                  | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja _____ |
| Herzerkrankungen                               | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja _____ |
| Schlaganfall                                   | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja _____ |
| Durchblutungsstörung der Beine                 | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja _____ |
| Zuckerkrankheit / Diabetes                     | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja _____ |
| Fettstoffwechselstörung                        | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja _____ |
| Tumorerkrankungen                              | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja _____ |
| Lebererkrankungen                              | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja _____ |
| Chronische Infektionskrankheiten               | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja _____ |
| Blutungsstörungen, Bluterkrankungen            | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja _____ |
| Lungenerkrankungen (Asthma, COPD)              | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja _____ |
| Thrombose o. Lungenembolie                     | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja _____ |
| Augenerkrankungen (z.B. Grüner Star /Glaukom?) | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja _____ |
| Psychische Erkrankungen                        | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> 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: \_\_\_\_\_