



**ERHEBUNGSBOGEN ZUR MEDIZINISCHEN VORGESCHICHTE FÜR (NEU-) PATIENTEN**

Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Adresse:	
Telefonnummer:	Handy-Nummer:
eMail:	Beruf:
Familienstand:	Pflegegrad :
Pflegedienst:	Apotheke:
Weitere behandelnde Ärzte:	

**Körpergröße:** \_\_\_\_\_ cm      **Gewicht:** \_\_\_\_\_ kg

**Rauchen Sie?**            nein            ja - wieviel?

**Alkoholkonsum:**        nein            ja - wieviel?

**Sport:**                    nein            ja – was, wieviel?

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden **Erkrankungen / Gesundheitsstörungen:**

<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/> Lebererkrankung
<input type="checkbox"/> Herz-Durchblutungsstörung („Angina“)	<input type="checkbox"/> Lungenerkrankung
<input type="checkbox"/> Sonstige Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> Erhöhte Blutfette
<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)
<input type="checkbox"/> Krebserkrankung	<input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen
<input type="checkbox"/> Erkrankung der Psyche o. Nervensystem	<input type="checkbox"/> Orthopädische Erkrankung
<input type="checkbox"/> Blut-Gerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> Schlafstörung / Schnarchen
Voroperationen:	
Sonstige Erkrankungen:	

Nehmen Sie **regelmäßig Medikamente** ein?

Nein

Ja und zwar folgende:

Name und Tablettendosis	morgens	mittags	abends	Zur Nacht

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

ja

nein

Bekannte Allergien:

Besitzen Sie einen **Impfausweis**?

ja

nein

Letzte Tetanus-Impfung?

.....

Wann war ihre letzte Gesundheitsuntersuchung?

.....

Wann war ihr letztes Hautkrebscreening?

.....

Hatten sie schon eine Darmspiegelung zur Darmkrebsfrüherkennung?

ja

Wann zuletzt ? :

.....

nein

**Haben sie einen Organspendeausweis?**

ja

nein

**Weitere Anmerkungen:**

**Vielen Dank**