

Abteilung Gesundheit

Angaben zur Vorgeschichte

- Dieser Erhebungsbogen verbleibt in der Abteilung Gesundheit -

Name	ggf. Geb. Name	Vorname
geboren am	Anschrift	
auf Veranlassung/Auftrag von		Aktenzeichen
Anlass		Telefon-Nr.:
ausgewiesen durch:		

Eigene Vorgeschichte:

Welche bedeutsamen Erkrankungen insbesondere an Herz, Lunge, Leber, Niere, Magen, Darm, Schilddrüse, Wirbelsäule, Knochen und Gelenken sowie Allergien und Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

Zeitpunkt	Erläuterungen

Stat. Krankenhausbehandlungen, Sanatoriumsaufenthalte, Heilkuren:

Zeitdauer	Jahr	Erläuterungen

Sind Folgen von den vorgenannten Erkrankungen oder Verletzungen zurückgeblieben?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Jetzige Beschwerden:

	nein	ja	Erläuterungen
1. Sehstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Hörstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Herzbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Nachtschweiß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Unklare Gewichtsabnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Verdauungsbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Beschwerden beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Rückenbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Gelenkbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. Anfallsleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. Sonstige Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	nein	ja	Erläuterungen
3. Sind Sie z.Zt. in ärztlicher Behandlung/psychotherapeutischer Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Nehmen Sie z.Zt. Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche?
6. Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Betätigen Sie sich regelmäßig sportlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Raucher? Exraucher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	seit wann? wieviel? seit wann? wieviel?
10. Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tägliche Menge?
11. Nehmen Sie andere Drogen zu sich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche?

Ort, Datum

Unterschrift