

Erhebung der Krankengeschichte

Vorname und Name des Patienten: _____ Geb.-Datum: _____

Telefonnummer / ggf. Mail: _____

Hausarzt: _____

Allergien: _____ Soja? Ja Erdnuss? Ja

Frühere Erkrankungen (bitte ankreuzen):

| | | | |
|----------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|
| Magen/Darm-Geschwüre | <input type="radio"/> | Herzerkrankungen | <input type="radio"/> |
| Gallensteine | <input type="radio"/> | Bluthochdruck | <input type="radio"/> |
| Leberentzündung | <input type="radio"/> | Diabetes mellitus | <input type="radio"/> |
| Darmentzündung | <input type="radio"/> | Lungenerkrankung | <input type="radio"/> |
| Bauchspeicheldrüse | <input type="radio"/> | Krebserkrankung | <input type="radio"/> |
| Hämorrhoiden | <input type="radio"/> | Krebs in der Familie | <input type="radio"/> |

Operationen (bitte ankreuzen):

| | | | |
|--------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|
| Blinddarm | <input type="radio"/> | Gallenblase | <input type="radio"/> |
| Dickdarm | <input type="radio"/> | Gebärmutter/Eierstöcke | <input type="radio"/> |
| Magen | <input type="radio"/> | Prostata | <input type="radio"/> |
| Hämorrhoiden | <input type="radio"/> | andere: _____ | <input type="radio"/> |

Medikamente:

Blutverdünner

Präparat(e): _____

Diabetes-Medikament

Präparat(e): _____

Andere: (ggf. Liste): _____

Aktuelle Beschwerden (in Stichworten): _____

Unterschrift: _____