

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: _____