

**Angaben zur Vorgeschichte Seite - 1 -**

**Nachname, Vorname:**

**Geburtsdatum:**

---

Bitte ausgefüllt zur Untersuchung mitbringen.

**Welche bedeutsamen Erkrankungen/Verletzungen hatten Sie und welche Folgen sind zurückgeblieben?**

Insbesondere an Herz, Lunge, Niere, Magen, Darm, Schilddrüse, Wirbelsäule, Knochen und Gelenken sowie Allergien und Infektionskrankheiten:

von – bis	Erläuterungen
Hausarzt:	Name, Anschrift
Behandelnde Fachärzte:	Name, Anschrift

**Waren Sie bereits in psychiatrischer/psychotherapeutischer Behandlung oder in einer stationären psychiatrischen Einrichtung?**

von – bis	Erläuterungen
-----------	---------------

**Angaben zur Vorgeschichte Seite - 2 -**

**Stationäre Krankenhausbehandlungen:**

von – bis	Krankenhaus, Behandlungsgrund

**Rehabilitationsmaßnahmen/Sanatoriumsaufenthalte/Heilkuren:**

von – bis	Kurort, Klinik, Sanatorium

### Angaben zur Vorgeschichte Seite - 3 -

#### Jetzige Beschwerden

#### Erläuterungen

1. Sehstörungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
2. Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
3. Schwindel	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
4. Hörstörungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
5. Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
6. chronischer Husten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
7. Atemnot	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
8. Herzbeschwerden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
9. regelmäßiger Nachtschweiß	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
10. unklare Gewichtsabnahme	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
11. Appetitlosigkeit, Übelkeit und Erbrechen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
12. Verdauungsbeschwerden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
13. Beschwerden beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
14. Rückenbeschwerden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
15. Gelenkbeschwerden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
16. Sonstige Beschwerden oder Schmerzen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Größe:	Gewicht:	
Sind Sie zur Zeit in ärztlicher oder psychotherapeutischer Behandlung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bei
Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche
Rauchen Sie oder haben Sie früher regelmäßig geraucht?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit wie viel:
Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> regelmäßig zuletzt:
Nehmen Sie Drogen oder haben Sie jemals Drogen konsumiert?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> regelmäßig zuletzt: welche:
Werden zur Zeit noch andere Behandlungsmaßnahmen durchgeführt (z.B. Krankengymn., Massagen, Akupunktur usw.)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche
Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit <input type="checkbox"/> Fernbrille <input type="checkbox"/> Lesebrille <input type="checkbox"/> Gleitsichtbrille <input type="checkbox"/> Kontaktlinsen
Liegt eine Schwerbehinderung vor?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, GdB Merkzeichen
<p>Wurden Sie bereits im Gesundheitsamt des Rhein-Sieg-Kreises untersucht? Wenn ja, sind Sie damit einverstanden, dass diese Unterlagen zu der jetzt anstehenden Begutachtung herangezogen werden?</p> <p><b>Ich versichere mit meiner Unterschrift, dass die von mir angemachten Angaben den Tatsachen entsprechen und keine Angaben verschwiegen wurden.</b></p>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja

Telefon:	Datum:	Unterschrift
----------	--------	--------------