

Angaben zur Vorgeschichte (Seite 1)

Nachname, Vorname: _____

geb. am _____

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
Behandelnder Hausarzt:	Name, Anschrift
Behandelnde Fachärzte:	Name, Anschrift

Stationäre Krankenhausbehandlungen:

von – bis	Krankenhaus, Behandlungsgrund
-----------	-------------------------------

Rehabilitationsmaßnahmen/Sanatoriumsaufenthalte/Heilkuren:

von – bis	Kurort, Klinik, Sanatorium
-----------	----------------------------

Angaben zur Vorgeschichte (Seite 2)

Nachname, Vorname: _____

geb. am _____

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

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
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
Rauchen Sie oder haben Sie früher regelmäßig geraucht?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit wieviel
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, tägl.
Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, GdB Merkzeichen
Telefon:	Datum, Unterschrift	