

Angaben zur Vorgeschichte

Bitte tragen Sie Ihre Angaben in den grauen Feldern, bevorzugt elektronisch ein und bringen Sie diesen Bogen ausgefüllt/ausgedruckt zum Untersuchungstermin mit.

Name, Vorname: ggfs. Geb.-Name:

Geboren am:

Anschrift:

Telefon-Nr.: Mobil:

Festnetz:

E-Mail-Adresse:

Wurden Sie bereits in einem Gesundheitsamt untersucht?

Nein Ja Wann? Wo?

Weshalb?

1. Hat es in Ihrer engeren Familie (Eltern, Geschwister, Kinder) ernsthafte Erkrankungen/Todesfälle (ggfs. wann) gegeben?

.....
.....
.....

2. Eigene Vorgeschichte > Stationäre Behandlungen (Krankenhaus/Kur bzw. Rehabilitationsmaßnahmen)

Zeitpunkt	Krankheit Krankenhausaufenthalt/Kur/Reha	Zeitdauer	Behandelnder Ärztin/Arzt Krankenhaus/Kurklinik

Folgende Krankheiten/Krankheiten folgender Organe/Behandlungen lagen vor/liegen noch vor:

- Allergie
 - Erkrankungen des Blutes
 - Herzerkrankungen
 - Infektionskrankheiten
 - Lunge/Bronchien
 - Stoffwechselerkrankungen
 - Gelenkerkrankungen
 - Tumorerkrankungen
 - Neurologische Erkrankungen
 - Psychiatrische Erkrankungen (Suizidversuche?)
 - Körperliche/geistige/seelische Behinderung
 - Sonstiges:
 - Keine Krankheiten oder Behinderungen
- Haut
 - Embolie, Thrombose, Krampfadern
 - niedriger/hoher Blutdruck
 - Scharlach
 - Asthma
 - Schilddrüse
 - Leber
 - Magen und Darm
 - Gicht
 - Krankengymnastik
 - Harnblase
 - Röteln
 - Tuberkulose
 - Diabetes
 - Gelbsucht
 - Wirbelsäule
 - physikalische Therapie
 - Mandelentzündungen
 - COPD
 - Gallenblase
 - Nieren
 - Knochenbruch

3. Welche Folgen sind von den Krankheiten oder Verletzungen zurückgeblieben?

.....

.....

.....

4. Namen der behandelnden Ärzte/Hausärzte und Physiotherapeuten?

.....

.....

.....

5. Jetzige Beschwerden oder Krankheiten

- Sehstörungen Augenbeschwerden Kopfschmerzen Hals/Nase/Ohren
- Schwindel Tinnitus Schwerhörigkeit Husten Atemnot
- Krampfanfälle Zittern Schmerzen
- Gewichtsabnahme Appetitlosigkeit Verdauungsbeschwerden
- Herzbeschwerden Gelenkbeschwerden Rückenschmerzen
- rheumatische Beschwerden schmerzhaftes Wasserlassen
- Nachtschweiß Schlafstörungen nervöse Beschwerden
- Stimmungs- und Antriebsschwankungen Konzentrationsstörung
- Sonstiges:

6. Haben Sie eine vorzeitige Zuruhesetzung/Rente beantragt?

Nein Ja Wann? GdB/MdE?

Weshalb?

7. Ist bei Ihnen ein Grad der Behinderung anerkannt?

Nein Ja Seit wann? GdB?

Weshalb/welche Diagnosen?

8. Wurden früher diagnostische Verfahren (Bildgebung, EKG, Lungenfunktionstest, Endoskopie etc.) insbesondere in den letzten 2 Jahren durchgeführt? Nach Möglichkeit bringen Sie die **ärztlichen Befundberichte** zum Untersuchungstermin mit.

Nein Ja

Datum der Untersuchung	Art der Untersuchung	Untersuchende(r) Ärztin/Arzt Praxis/Krankenhaus

9. Sind Sie zurzeit in Behandlung?

Nein Ja

Weshalb?

10. Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?

Nein Ja

Name des Medikamentes und/oder Nahrungsergänzungsmittel	Dosierung (z.B. 1-0-0 für morgens - mittags - abends)

11. Haben Sie in den letzten zwei Jahren anderen Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel (außer den o.g. Medikamenten) eingenommen?

Nein Ja Welche?

Bis wann/ Zuletzt?

12. Betätigen Sie sich sportlich? Nein Ja

Welcher Sport?

Wie oft pro Woche/ wie lange jeweils?

13. Tragen Sie eine Sehhilfe? Nein Ja Brille Kontaktlinsen

14. Rauchen Sie bzw. haben Sie geraucht?

Nein Ja , seit (bis) Menge

15. Nehmen Sie alkoholische Getränke (einschließlich Bier) zu sich?

Nein Ja Welche?
Seit wann? Menge

16. Nehmen Sie oder haben Sie jemals Drogen eingenommen?

Nein Ja Ggf. welche?
Bis wann/ Zuletzt?

17. Wurden Sie schon einmal auf Ihre gesundheitliche Eignung untersucht (z.B. Musterung oder arbeitsmedizinische Eignungsuntersuchung)?

Nein Ja Welche und wo?
Ergebnis:

18. Fühlen Sie sich gesund und leistungsfähig? Nein Ja

Ich habe der untersuchenden Ärztin/dem untersuchenden Arzt zu meinem Gesundheitszustand vollständige und richtige Angaben gemacht.

.....
PLZ, Ort, Datum

.....
Unterschrift