

Informationen zu Vorerkrankungen

Datum: _____

Hausärztliche Praxis
Dr. med. R. Jäger/ M. Wettstein
Kirchstr. 2a
76857 Albersweiler

Name, Vorname, Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort

Zutreffendes bitte ankreuzen: ja nein

1. Familienvorgeschichte:

Bei den Eltern und Geschwistern sind folgende Krankheiten/Behinderungen bekannt:

- | | | |
|-----------------------------|--------------------------|--|
| Allergie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Asthma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hautkrankheiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zuckerkrankheiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herz-/Kreislauf-Krankheiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anfallsleiden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Andere Krankheiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> welche: _____ |

2. Krankheitsvorgeschichte des Patienten:

2.1 Krankheiten/Behinderungen

Erläuterungen (Häufigkeit, Zeitpunkt, Diagnosen)

- | | | |
|-------------------------------|--------------------------|--|
| Kinderkrankheiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> welche: _____ |
| Wiederholt Mandelentzündungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| Wiederholt Bronchitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| Allergien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| Asthma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| Hautkrankheiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| Augenkrankheiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| Ohrenkrankheiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| Magen-Darm-Krankheiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| Blasen-Nieren-Krankheiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |

- | | ja | nein |
|----------------------------------|--------------------------|--|
| Wirbelsäulen-Krankheiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| Andere Knochen-Gelenk-Krankh. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| Herz-/Kreislauf-Krankheiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| Anfallsleiden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| Andere Krankheiten/Behinderungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> welche: _____ |

**2.2 Angeborene Schäden/
Behinderungen**

welche: _____

2.3 Operationen

welche: _____
wann: _____

Noch Beschwerden:

welche: _____

2.4 Unfälle

welche: _____
wann: _____

Noch Beschwerden/Folgen:

welche: _____

2.5 Häufige Beschwerden

- | | | |
|------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| Husten/Auswurf | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| Atemnot | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| Schwindel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| Ohnmacht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| Kopfschmerz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| Übelkeit/Erbrechen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| Allergische Reaktionen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| Hautausschläge | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |

2.6 Z. Z. sonstige Beschwerden welche: _____

**2.7 Z. Z. eingenommene
Medikamente**

welche: _____

Wodurch sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Haben Sie Interesse an Informationen
zu naturheilkundlichen Therapien?