



Name: _____ Vorname: _____ Geb: _____

Erkrankungen	<i>nein</i>	<i>ja</i>	<i>Jahr</i>	<i>Bemerkung</i>
Augen				
Hals/Nasen/Ohren				
Atemwege/Lungen				
Herz/Kreislauf				
Nerven/Psych				
Magen/Darm				
Leber/Galle/Bauchspeicheldrüse				
Nieren/Harnwege				
Gynäkologische Erkrankungen				
Hernien				
Wirbelsäule				
Muskeln/Sehnen/Gelenke				
Haut				
Stoffwechselstörung (z.B. Zuckerkrankheit Fettstoff.)				
Infektion				
Blut/bösartige Erkrankungen				
Unfälle mit Folgeschäden				
Krankenhausaufenthalte/Operationen				
Regelmäßige Medikamenteneinnahme/Welche?				
Beschwerden	<i>nein</i>	<i>ja</i>	<i>Seit wann, wie häufig</i>	<i>Bemerkung</i>
Sehstörung				
Hörstörung				
Herzjagen, Herzklopfen, Schmerzen im Brustkorb				
Atemnot, Kurzatmig, Auswurf				
Schmerzen in Nacken, Schultern, Armen, Händen				
Rückenschmerzen, Kreuzschmerzen				
Schmerzen in Hüften, Beinen, Füßen				
Magenschmerzen, Bauchschmerzen, Gewichtsverlust				
Blut im Stuhl, Durchfall oder Verstopfung				
Schwierigkeiten beim Wasserlassen				
Nervosität, innere Unruhe, Verstopfung				
Konzentrationsschwäche, Müdigkeit, Erschöpfung				
Schlafstörung				
Kopfschmerzen				
Ohnmacht, Kollaps, Krampfanfälle				
Sonstige Beschwerden				
<i>Ich erkläre, dass ich die obigen Angaben vollständig richtig abgegeben und weder wichtige Informationen verschwiegen noch falsche Angaben gemacht habe.</i>				
	<i>Datum:</i>		<i>Unterschrift</i>	