



## Vorerkrankungen

Diabetes mellitus Typ 1	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus Typ 2	<input type="checkbox"/>	Vorhofflimmern	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Angina pectoris/Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	Sonstige Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Blutfettwerte	<input type="checkbox"/>	Krampfadern	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	Brustkrebs	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Verdauungstraktes	<input type="checkbox"/>	Prostatakrebs	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	Epilepsie	<input type="checkbox"/>
Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/>	Verdauungsprobleme	<input type="checkbox"/>
Nahrungsunverträglichkeiten	<input type="checkbox"/>	Rheuma	<input type="checkbox"/>
Neurologische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	Allergien	<input type="checkbox"/>
HIV	<input type="checkbox"/>	Medikamentenunverträglichkeiten	<input type="checkbox"/>
		Psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>

Hier können Sie die o. g. Erkrankungen näher beschreiben:

Sonstige Erkrankungen:

Allergien:

Medikamentenunverträglichkeit:

## Familienvorgeschichte

Bluthochdruck	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Blutzuckerkrankheit	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselstörung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Krebs	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

Wenn ja, welcher Krebs ?.....

**Medikamente**

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel? Ja  Nein

Wenn ja, listen Sie diese bitte auf:

Medikamente:	Einnahme:

**Wurde bei Ihnen schon eine Darmspiegelung (Koloskopie) durchgeführt?**

Wenn ja, wann? .....

**Besitzen Sie einen Impfpass?**

Wenn ja, bringen Sie diesen zu Ihrem nächsten Termin mit. Wir überprüfen Ihren Impfschutz auf Vollständigkeit.

**Hatten Sie bereits einen Check-up oder eine Krebsvorsorgeuntersuchung?**

Wenn ja, wann? .....

Zurzeit bin ich beschwerdefrei                      Nein                       Ja

**Aktuelle Beschwerden:**

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

Vielen dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben. Ihre Antworten werden von uns streng vertraulich behandelt und nicht weitergegeben.

**Ihr Praxisteam**

**Diesen Fragebogen können Sie online ausfüllen und hier versenden oder ausdrucken**