



Gesundheitsfragen

Name	Vorname
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich, <input type="checkbox"/> männlich, <input type="checkbox"/> divers
Strasse	Ort
Gewicht in kg	Grösse in cm

Ihr Anliegen

Ich kommen wegen einer akuten Erkrankung.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Ich kommen wegen einer chronischen Erkrankung.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Ich bitte um Überprüfung meines Impfschutzes. (bitte Impfpass mitbringen)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Ich wünsche ein Check-Up. (wird von der OKV nicht übernommen)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Onkel, Tante) bekannt?

Herzkrankheit/Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wer?
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wer?
Blutzuckerkrankheit (Diabetes Mellitus)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wer?
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wer?
Darmkrebs	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wer?
Brustkrebs	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wer?
andere Krebsart:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wer?

Patientenanamnese

Schlafprobleme	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Schwindel	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Schwitzen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Vermehrter Durst	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Veränderter Appetit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Gewichtsveränderung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Auswurf beim Husten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Druck auf der Brust	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Mühe beim Treppensteigen von 2 Etagen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Probleme Wasser zu lösen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Geschwollene Beine	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Vermehrter Harndrang	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Sexuelle Aktivität verändert	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Alkoholkonsum	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Rauchen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Drogenkonsum	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Medikamente

Präparat	Dosierung	Einnahme seit



Welche Beschwerden / Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

Diabetes	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Schwindelanfälle	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Blutungsneigung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Herzkrankheit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Cholesterin zu hoch	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Schlaganfall	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Magenerkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Gicht	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Rheuma	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Asthma/chron. Bronchitis	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Psychische Erkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Schilddrüse	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Hautkrankheit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Allergien	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Krebs	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welche?		
Krebsart?					

Operationen

Operation	Spital	Jahr

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------