



## Persönliche Daten

Vorname				Nachname			
Adresse							
Geburtsdatum							
Telefon				Mobil			
e-mail							
Größe	cm	Gewicht	kg				

Liebe Patientin, lieber Patient,

für die Ausstellung Ihres Gesundheitsattests bitte ich Sie, folgenden Fragebogen zur Gesundheits- und Krankheitsvorgeschichte auszufüllen.

Ihre Angaben sind freiwillig und werden vertraulich behandelt. Vielen Dank!

### Operationen:

Wurden Sie schon einmal operiert? Ja  Nein

Wenn ja, wann und welche Operation?

---

**Sind chronische Erkrankungen bekannt?** (z. B. Diabetes, Bluthochdruck, Herzerkrankung, Asthma, hohe Blutfettwerte/Cholesterin, Schlaganfall etc)

---

### Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche? Bitte auch Vitaminpräparate oder Nahrungsergänzungsmittel angeben.

	morgens	mittags	abends
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Besitzen Sie einen aktuellen Impfausweis?** Ja  Nein

Rauchen Sie? \_\_\_\_\_ Ja  Nein  Wenn ja, wie viel Zigaretten/Tag

Konsumieren Sie Alkohol? \_\_\_\_\_ Ja  Nein

Wenn ja, wieviel? \_\_\_\_\_ [täglich/wöchentlich/gelegentlich]



Sind bei Ihnen Allergien (auch Medikamentenallergien) bekannt?

Ja

Nein

Wenn ja, wann und welche?

---

Haben Sie jemals Bluttransfusionen bekommen?

Ja

Nein

Hatten Sie schon einmal eine Gelbsucht?

Ja

Nein

Leiden Sie unter chronischem Husten oder Auswurf (>3 Monate)?

Ja

Nein

Besitzen Sie Tätowierungen oder Piercings?

Ja

Nein

Ist bei Ihnen jemals ein HIV-Test gemacht worden?

Ja

Nein

Welche Krankheiten sind Ihnen bei Verwandten (Eltern, Großeltern, Geschwister) bekannt?

(z. B. Schlaganfall, Herzkrankheiten, Diabetes, Krebs etc)

---

## Sozialanamnese:

Familienstand:  mit Partner lebend  verheiratet  alleinstehend / verwitwet

Beruf: \_\_\_\_\_  arbeitstätig  berentet

Kinder: \_\_\_\_\_

## Freizeitaktivitäten

Sport: (Wenn ja, welcher und wie oft?) \_\_\_\_\_

Andere: \_\_\_\_\_

Haben Sie aktuelle Beschwerden? Wenn ja, welche?

---

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Vielen Dank für Ihre Mühe! Ihr Praxisteam