



## 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?

Wenn ja, wann und welche?

Ja

Nein

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