



Bogen zur Krankengeschichte

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Weiblich: Männlich:

Straße: _____

PLZ: _____ Stadt: _____

Email: _____

Beruf: _____ Beschäftigt bei: _____

Telefon: _____

Familienstand: _____

Kinder: _____

Wer soll im Notfall verständigt werden: _____

Telefon (!!!!!!!): _____

Welche Beschwerden sind Grund der aktuellen Aufnahme ?

Bestehen neurologische / psychiatrische oder psychische Vorerkrankungen ?

Falls ja, wo waren sie diesbezüglich bisher in Behandlung ?

Größe: _____ cm **Gewicht:** _____ kg

Bestehen (kardiovaskuläre) Risikofaktoren ?

- | | | |
|---|-------------------------------|-----------------------------|
| Bluthochdruck | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Übergewicht | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Erkrankung der Herzkranzgefäße | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Sonstige Gefäßerkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Angina pectoris | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Herzinfarkt | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Herzrhythmusstörungen (z.B. Vorhofflimmern) | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Schlaganfall oder TIA | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Blutfetterhöhung (z.B. Cholesterin) | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Zuckerkrankheit (Diabetes) | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Rauchen Sie oder haben sie geraucht ? | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag ? | _____ | |
| Trinken Sie Alkohol ? | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, wie viel am Tag ? | _____ Bier | _____ Wein _____ Schnaps |
| Wie oft pro Woche sind Sie körperlich aktiv ? | _____ | |
| Leiden Sie unter Schlafstörungen ? | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Gewichtsabnahme oder -zunahme ? | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |

Wurden Sie schon einmal operiert ? (z.B. Bypass-OP, Hüft-TEP, etc.)

Wenn ja, wann und warum ? _____

Gibt es Implantate, insbesondere aus Metall ? (z.B. Herzschrittmacher)

Bestehen sonstige Vorerkrankungen ?

- | | | |
|--|-------------------------------|-----------------------------|
| des Herzen (z.B. Herzschwäche) | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| der Lunge (z.B. Asthma) | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| des Magen-Darm-Traktes (z.B. Geschwüre) | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| der Leber (z.B. Hepatitis) | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| der Nieren (z.B. Niereninsuffizienz) | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Stoffwechselstörungen (z.B. der Schilddrüse) | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Infektionskrankheiten (z.B. HIV) | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |

Wenn ja, welche ? _____

- | | | |
|---|-------------------------------|-----------------------------|
| Rheumatische Erkrankungen (z.B. Rheuma/Lupus) | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Bluterkrankungen´ | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Gerinnungsstörungen | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Hautkrankheiten | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Krebserkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |

Gab es in der Familie (Eltern, Onkel, Tanten, Geschwister, Kinder) ?

- | | | |
|---|-------------------------------|-----------------------------|
| Herzinfarkte | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Schlaganfälle | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Krebserkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Autoimmunerkrankungen (z.B. Diabetes, Rheuma
oder Multiple Sklerose) | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Neurologische / Psychiatrische Erkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |

Wenn ja, welche ? _____

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein ?

<i>Beispiel: ASS 100 mg</i>	<i>1-0-0-0 (Morgens-Mittags-Abends-Nacht)</i>

Gibt es Unverträglichkeiten oder Allergien gegen Medikamente ?

Falls ja, gegen: _____

Betreuender Hausarzt:

Telefon (!!!!!!!): _____

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen !