

# Erhebungsbogen über vorhandene Erkrankungen

Patient	Name	Vorname	Geburtsdatum/-ort
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anschrift	Straße/Hausnummer		PLZ
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	Telefon	mobil	E-Mail
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten

	NEIN	JA
Diabetes mellitus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, wann?	<input type="text"/>	
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, welche?	<input type="text"/>	
Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, welche?	<input type="text"/>	
Chemotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestrahlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autoimmunerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, welche?	<input type="text"/>	
Neurologische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, welche?	<input type="text"/>	
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, wie viel ?	<input type="text"/>	
Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, wie viel ?	<input type="text"/>	

Leiden Sie unter Allergien oder Unverträglichkeiten, insbesondere gegenüber Medikamenten?

NEIN	JA	wenn ja, welche/Nebenwirkungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Welche Operationen wurden bereits durchgeführt? (bitte auflisten)

  
  


Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein? (bitte auflisten)

  
  


Möchten Sie uns sonst noch Besonderheiten mitteilen?

  
  


Datum

Unterschrift