

welche

Sonstige Gefährdungen

nein

ja

IHRE GESUNDHEITSVORGESCHICHTE

A. Vegetative Anamnese

Größe: cm

Gewicht: kg

Rauchen Sie?

nein

ja

Nicht mehr seit

Wenn ja:

Zigaretten/Tag

seit

Jahren

Konsumieren Sie Drogen?

nein

ja

Wenn ja: welche und wie häufig?

Haben Sie Schlafstörungen?

nein

ja

Treiben Sie regelm. Sport?

nein

ja

Wenn ja: wie häufig?

B. Eigene Erkrankungen

Schwere Unfälle

nein

ja

wann

Gesundheitliche Folgen

--	--

Operationen

nein

ja

wann

welche

--	--

welche

Bekannte Berufskrankheit

nein

ja

Schwerbehinderung

nein

ja

Kriegs-/Wehrdienstbesch.

nein

ja

GdB

C. Eigene Vorerkrankungen

			(seit) wann	welche
der Augen	nein	ja		
der Ohren	nein	ja		
der Lunge	nein	ja		
Herz/Kreislauf/Blutdruck	nein	ja		
Leber-/Gallenerkrankungen	nein	ja		
Stoffwechsel (z.B. Zucker)	nein	ja		
Sonstiges	nein	ja		
Niere-/Blasenerkrankungen	nein	ja		
Nervenerkrankungen	nein	ja		
Psychische Erkrankungen	nein	ja		
Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)	nein	ja		
Bluterkrankungen	nein	ja		
der Haut	nein	ja		
Bewegungsapparat	nein	ja		
schwere Infektionskrankheit	nein	ja		
Autoimmunerkrankungen	nein	ja		
Abhängigkeitserkrankungen	nein	ja		
Heilverfahren/Reha/Kuren	nein	ja		

Ergänzungen

Besteht eine ständige ärztliche Behandlung?

nein ja

Warum und bei welchem Arzt?

Bei Frauen

Besteht eine Schwangerschaft nein ja _____ Woche

Stillen Sie? nein ja

D. Regelmäßige Medikation

Nehmen Sie regelmäßige Medikamente? nein ja, folgende

Präparat (Name, Dosierung)	Mo	Mi	Ab	z.N.

E. Aktuelle Beschwerden

Bestehen aktuell Beschwerden?

nein ja

welche?

Treten regelmäßig gesundheitliche Beschwerden am Arbeitsplatz auf?

nein ja

welche?

**WICHTIG! Bitte bringen Sie zu Ihrem Termin ihren Impfausweis
und ihre ggf. vorhandene Sehhilfe mit!**

Die gestellten Fragen habe ich nach bestem Wissen beantwortet.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/Sorgeberechtigten