



Name / Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

E-Mai-Adresse: _____

Telefon _____ Handy _____

Versicherung _____

HAUPTBESCHWERDEN

Aktuelle Symptome / Diagnosen	Seit wann?
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

PERSÖNLICHE KRANKHEITSVORGESCHICHTE

Krankheiten/ Symptome / Diagnosen/ Operationen	Jahr
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Kreuzen Sie bitte an, falls etwas auf Sie zutrifft:

- | | |
|--|---|
| ☐ Besteht aktuell eine Schwangerschaft?
Stillen Sie? | ☐ Koronare Herzkrankheit |
| ☐ Erhöhte Leberwerte im Blut,
Lebererkrankungen | ☐ Herzrhythmusstörungen |
| ☐ Blutgerinnungsstörungen, nehmen Sie
Blutgerinnungsmedikamente ein? | ☐ Diabetes mellitus |
| ☐ Bluthochdruck | ☐ Schilddrüsenerkrankungen |
| | ☐ Glutenintoleranz |

Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten?

☐ Nein

☐ Ja

Welche?

MEDIKAMENTE UND NAHRUNGSERGÄNZUNGSMITTEL

Bitte führen Sie die aktuelle Medikation und Nahrungsergänzungsmittel auf:

Name	Dosis	Einnahme

ERNÄHRUNGSGEWOHNHEITEN

Beschreiben Sie ihre typischen Mahlzeiten:

Frühstück: _____

Mittagessen: _____

Abendessen: _____

Zwischenmahlzeiten/Snacks: _____

Ernähren Sie sich

☐ Vollkost

☐ Vegetarisch

☐ Vegan

Machen Sie Sport? Bewegen Sie sich regelmäßig?

☐ Ja

☐ Nein

☐ Wie viele Stunden ca. pro Woche?

Bitte kreuzen Sie an, sofern etwas auf Sie zutrifft:

☐ Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag?

☐ Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, wie oft/viel?

☐ Freizeitdrogen? Wann ja, was und wie viel?

☐ Trinken Sie Kaffee, koffeinhaltige oder teeinhaltige Getränke?

FAMILIENVORGESCHICHTE

Gibt es wichtige Erkrankungen in Ihrer Familie, in der Familienvorgeschichte?

Datum:

Unterschrift: