

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Telefonnr./Handynr.: _____

E-Mail: _____ Hausarzt: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient! wir bitten Sie, uns für die Behandlung bedeutsame Angaben zu Ihrem aktuellen Gesundheitszustand und Ihrer Vorgeschichte zu geben. Diese Angaben sind **freiwillig**, jedoch für Ihre optimale Behandlung in unserer Praxis sinnvoll. Vielen Dank!

Welche Hauptbeschwerden haben Sie? _____

Welche Vorerkrankungen sind bekannt?

- Allergien, gegen
 Pollen Milben Tierhaare Nahrungsmittel Medikamente (z.B. Antibiotika) Kontrastmittel

Letzter Allergietest: _____

- Rheumaerkrankungen Diabetes
 Herzerkrankung Sodbrennen
 Bluthochdruck
 große Operationen: _____
 Tumoren: _____

Welche Medikamente (Tabletten, Spray,..) nehmen Sie zurzeit? _____

Leiden Sie an Heuschnupfen? nein ja
Wurde eine Hyposensibilisierung durchgeführt? nein ja, wann? _____

Haben Sie Haustiere? nein ja, welche? _____

Rauchen Sie aktuell? nein ja, täglich _____ Zigaretten seit _____ Jahren

Haben Sie früher geraucht? nein, lebenslanger Nichtraucher
 ja, bis _____, insgesamt _____ Jahre und täglich _____ Zigaretten

Welchen Beruf haben Sie zuletzt ausgeübt? _____

Hatten oder haben Sie beruflich mit gefährdenden Stoffen zu tun z.B. Asbest? nein ja
Hatten oder haben Sie eine ansteckende Erkrankung (z.B. Tuberkulose, HIV, Hepatitis C, MRSA)?
 nein ja: _____

Schnarchen Sie? nein ja

Sind Sie tagsüber vermehrt müde? nein ja

Müssen Sie nachts häufiger zur Toilette? nein ja

Leiden Sie unter Nachtschweiß? nein ja

Gibt es familiäre Erkrankungen wie Asthma, Tumoren, Lungenerkrankung, Herzinfarkt...?

nein ja, welche: _____