

Name, Vorname:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

Telefon Festnetz:

Handy:

E-Mail:

Geburtsdatum:

Gewicht:

kg

Größe:

cm

männlich

weiblich

diverse

### Berufs- und Lebenssituation

Sie sind

Schüler:in / Student:in

berufstätig

Rentner:in

Beruf:

bei Firma:

Gibt es besondere Belastungen im täglichen Berufsleben?

Haben Sie einen Schwerbehinderten-Ausweis?

nein

ja, \_\_\_\_\_%

Haben Sie einen Pflegegrad?

nein

ja, \_\_\_\_\_

Sie sind

ledig

verheiratet

getrennt lebend

verwitwet

Haben Sie Kinder?

nein

ja

ggfs. Geburtsjahr(e)

Rauchen Sie?

nein

ja

\_\_\_\_\_ Zigaretten am Tag

Trinken Sie Alkohol?

nein

gelegentlich

regelmäßig

Benötigen Sie ein(e)

Hörgerät

Brille / Kontaktlinsen

Bewegen Sie sich regelmäßig aktiv:

beruflich

in Ihrer Freizeit (Sport)

Wie oft in der Woche: \_\_\_\_\_ Mal / \_\_\_\_\_ Std. insgesamt

Sind Sie schwanger?

nein

ja

möglicherweise

Bei welcher/welchem **Hausärztin/**  
**Hausarzt** waren Sie bisher in  
Behandlung?

Bei welchen **Fachärzten/**  
**Fachärztinnen** waren Sie bisher in  
Behandlung?

**Welche Erkrankungen sind bei Ihrer Familie (Vater/ Mutter/ Geschwister) bekannt?**

Herzkrankheit/Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> ja	im Alter von ca.	_____	Jahren
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja			
Blutzuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> ja			
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ja	im Alter von ca.	_____	Jahren
Krebserkrankung	<input type="checkbox"/> ja	welche?		
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja			
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja			

**Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?**

Keine	<input type="checkbox"/> ja	Schwindelanfälle	<input type="checkbox"/> ja
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> ja	Herzkrankheit	<input type="checkbox"/> ja
Blutungsneigung	<input type="checkbox"/> ja	Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> ja
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja	Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ja
Cholesterin/Blutfette zu hoch	<input type="checkbox"/> ja	Nierenschwäche	<input type="checkbox"/> ja
Magenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	Rheuma / Gicht	<input type="checkbox"/> ja
Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	Asthma / Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> ja	Krampfanfälle	<input type="checkbox"/> ja
Schilddrüse	<input type="checkbox"/> ja	Psychische Erkrankung	<input type="checkbox"/> ja
Tuberkulose/HIV/Hepatitis	<input type="checkbox"/> ja	Hautkrankheit	<input type="checkbox"/> ja
Krebs	<input type="checkbox"/> ja	Allergien	<input type="checkbox"/> ja
Welche?		Welche?	
_____		_____	

**Welche Operationen hatten Sie und in welchem Jahr?**

---

---

**Wurde bei Ihnen schon eine Darmspiegelung durchgeführt? Wenn ja, wann?**

---

---

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, pflanzliche Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel ( z. B. Vitamin-Präparate) ein?**

Medikamentenname und Dosis	morgens	mittags	abends

(Sie können uns auch gerne eine Kopie Ihres Medikamentenplanes zur Verfügung stellen)

**Allgemeine körperliche Symptome**

Appetit	<input type="checkbox"/> vermehrt	<input type="checkbox"/> vermindert	<input type="checkbox"/> normal
Durst	<input type="checkbox"/> vermehrt	<input type="checkbox"/> vermindert	<input type="checkbox"/> normal
Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> Verstopfung	<input type="checkbox"/> normal
Wasserlassen	<input type="checkbox"/> mit Brennen	<input type="checkbox"/> mehrmals nachts	<input type="checkbox"/> Start-schwierigkeiten <input type="checkbox"/> normal
Monatsblutungen	<input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> schmerzhaft	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> regelmäßig
Nachtschwitzen	<input type="checkbox"/> vermehrt	<input type="checkbox"/> normal	
Gewicht	Zunahme: _____kg	Abnahme: _____g	<input type="checkbox"/> konstant
häufiges Frieren	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
übermäßiges Schwitzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
oft Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Tagesmüdigkeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Ich habe Luftnot	<input type="checkbox"/> im Liegen	<input type="checkbox"/> beim Treppensteigen	<input type="checkbox"/> nein

Wir danken Ihnen für Ihre Mühe!

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift