



**Eigene Kinderkrankheiten**

Mumps    Röteln    Masern    Windpocken    Scharlach    Keuchhusten

**Letzte Tetanusimpfung:** (Monat/Jahr) .....

**Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen aufgetreten?** (Zutreffendes bitte ankreuzen / ergänzen)

Erkrankungen	Ja / nein	falls ja, welche?	Wann/seit wann?
<b>des Herz-Kreislaufsystems</b> (z.B. Herzklappenfehler, Herzinfarkt, Herzmuskelentzündung, Bluthochdruck, Schlaganfall)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	.....	.....
<b>des Gefäßsystems</b> (z.B. Venenleiden, arterielle Durchblutungsstörungen)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	.....	.....
<b>der Atemwege</b> (Nase, Nasennebenhöhlen, Bronchien, Lunge)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	.....	.....
<b>der inneren Organe</b> (Magen, Darm, Leber, Gallenwege, Niere)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	.....	.....
<b>des Stoffwechsels</b> (z.B. Zucker, Fettstoffwechselstörungen, Gicht, Schilddrüse)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	.....	.....
<b>des Halte- und Bewegungsapparates</b> (z.B. Wirbelsäule, Knochen/Gelenke, Sehnen, Muskulatur)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	.....	.....
<b>Infektionskrankheiten</b> (z.B. Hepatitis, HIV, Tbc)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	.....	.....
<b>Allergien</b> (z.B. Asthma, Heuschnupfen, Neurodermitis, Medikamenten-Allergie)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	.....	.....
<b>Operationen/Unfälle</b>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	.....	.....
<b>Sonstige</b> (z.B. Sinnesorgane-Augen-Ohren)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	.....	.....
<b>Nehmen Sie Medikamente ein?</b> (regelmäßig / bei Bedarf)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	.....	.....
<b>Sind Sie zur Zeit in Behandlung?</b> Wenn ja, warum?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	.....	.....
<b>Wann war Ihre letzte Laboruntersuchung?</b> (Monat/Jahr, ggf. Kopie) Gab es Auffälligkeiten? Wenn ja, welche?		.....	.....

<b>Haben Sie zurzeit Beschwerden?</b>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
➔ <b>Treten in Ruhe oder bei Belastung Herz-Kreislaufbeschwerden auf?</b> (z.B. Herzrasen oder -stolpern, Herzschmerzen, Luftnot, Schwindel) Wenn ja, welche? .....	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
➔ <b>Leiden Sie unter Atembeschwerden?</b> (insbesondere Atemnot, Husten, Auswurf) Wenn ja, welche? .....	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
➔ <b>Haben Sie Beschwerden am Stütz- und Bewegungsapparat?</b> (z.B. Sehnen, Muskeln, Gelenke, Knochen, Wirbelsäule) Wenn ja, welche? .....	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
➔ <b>Sonstige Beschwerden</b> Wenn ja, welche? .....	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

**Spezielle Fragen** (Zutreffendes ankreuzen oder unterstreichen)

- ➔ Rauchen Sie? Täglich.....  Zigaretten,  Zigarren,  Pfeife ja  nein
- ➔ Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel (Vitamine, Mineralien, Nährstoffkonzentrate) ein? Wenn ja, welche? .....
- ➔ Verwenden Sie Schuheinlagen, Orthesen, Brillen / Kontaktlinsen ja  nein