

Hausarztpraxis RIEDMAYER

Marienplatz 8, 83043 Bad Aibling
 Telefon: 08061 . 2803 423, Telefax: 08061 . 2803 424
 Email: empfang@hausarzt-aibling.de, Internet: hausarzt-aibling.de

*gesund werden
gesund bleiben*

| Welche Erkrankungen in Familie (Eltern, Geschwister, Onkel, Tante) sind bekannt? | | | | | | | | | | |
|--|---------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--|--|--|--|
| Erkrankung (Zutreffende/s ankreuzen) | bei wem? | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Herzkrankheit / Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Mutter | <input type="checkbox"/> Vater | <input type="checkbox"/> Schwester | <input type="checkbox"/> Bruder | <input type="checkbox"/> Tante | <input type="checkbox"/> Onkel | | | | |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Mutter | <input type="checkbox"/> Vater | <input type="checkbox"/> Schwester | <input type="checkbox"/> Bruder | <input type="checkbox"/> Tante | <input type="checkbox"/> Onkel | | | | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes / Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Mutter | <input type="checkbox"/> Vater | <input type="checkbox"/> Schwester | <input type="checkbox"/> Bruder | <input type="checkbox"/> Tante | <input type="checkbox"/> Onkel | | | | |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Mutter | <input type="checkbox"/> Vater | <input type="checkbox"/> Schwester | <input type="checkbox"/> Bruder | <input type="checkbox"/> Tante | <input type="checkbox"/> Onkel | | | | |
| <input type="checkbox"/> Darmkrebs | <input type="checkbox"/> Mutter | <input type="checkbox"/> Vater | <input type="checkbox"/> Schwester | <input type="checkbox"/> Bruder | <input type="checkbox"/> Tante | <input type="checkbox"/> Onkel | | | | |
| <input type="checkbox"/> Brustkrebs | <input type="checkbox"/> Mutter | <input type="checkbox"/> Vater | <input type="checkbox"/> Schwester | <input type="checkbox"/> Bruder | <input type="checkbox"/> Tante | <input type="checkbox"/> Onkel | | | | |
| <input type="checkbox"/> Krebs, sonst. | <input type="checkbox"/> Mutter | <input type="checkbox"/> Vater | <input type="checkbox"/> Schwester | <input type="checkbox"/> Bruder | <input type="checkbox"/> Tante | <input type="checkbox"/> Onkel | | | | |
| welche Art? _____ | | | | | | | | | | |

| Welche Kinderkrankheiten hatten Sie? | |
|--------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Masern |
| <input type="checkbox"/> Röteln | |

| Welche Krankheiten sind bei Ihnen bekannt? | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Keine | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Schwindelanfälle | <input type="checkbox"/> Morbus Crohn |
| <input type="checkbox"/> Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden / Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Cholesterin zu hoch | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Magenerkrankung | <input type="checkbox"/> Vorhofflimmern | <input type="checkbox"/> Depressionen |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> Hautkrankheit |
| <input type="checkbox"/> Darmerkrankung | <input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit | <input type="checkbox"/> Allergien |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Atemwegserkrankung | |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Asthma | |
| <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> COPD | |
| Welche Art? _____ | <input type="checkbox"/> Bronchitis | |

| In welcher fachärztlichen Behandlung befinden Sie sich regelmäßig? | | |
|--|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lungenfacharzt | <input type="checkbox"/> Orthopäde | <input type="checkbox"/> Urologe |
| <input type="checkbox"/> Kardiologe | <input type="checkbox"/> Neurologe | <input type="checkbox"/> Onkologe |
| <input type="checkbox"/> andere: _____ | | |

| Welche Operationen hatten Sie? | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Keine | <input type="checkbox"/> Brust - OP | <input type="checkbox"/> Schilddrüsen - OP |
| <input type="checkbox"/> Herz - OP | <input type="checkbox"/> Gebärmutter - OP | <input type="checkbox"/> Blinddarm - OP |
| <input type="checkbox"/> Gefäß - OP | <input type="checkbox"/> Mandeln - OP | <input type="checkbox"/> Leistenbruch - OP |
| <input type="checkbox"/> Krebs - OP | <input type="checkbox"/> Gallenblasen - OP | <input type="checkbox"/> Augen - OP |
| <input type="checkbox"/> andere OP: _____ | | |

| nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? | |
|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| bitte separates Blatt ausfüllen | |

Hausarztpraxis RIEDMAYER

Marienplatz 8, 83043 Bad Aibling
 Telefon: 08061 . 2803 423, Telefax: 08061 . 2803 424
 Email: empfang@hausarzt-aibling.de, Internet: hausarzt-aibling.de

*gesund werden
gesund bleiben*

Haben Sie Allergien / Medikamentenunverträglichkeiten?

Allergien

ja nein

welche? _____

Medikamentenunverträglichkeiten

ja nein

welche? _____

Aktuelle Beschwerden

| | | | | | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|------------|
| Durst | <input type="checkbox"/> | vermehrt | <input type="checkbox"/> | vermindert | <input type="checkbox"/> | normal | | |
| Appetit | <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"/> | nachts öfter | <input type="checkbox"/> | Startschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> | normal |
| Monatsblutungen | <input type="checkbox"/> | schmerzhaft | <input type="checkbox"/> | stark | <input type="checkbox"/> | keine | <input type="checkbox"/> | regelmäßig |
| Nachtschwitzen | <input type="checkbox"/> | vermehrt | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | normal | | |
| Gewicht | <input type="checkbox"/> | Zunahme ___ kg | <input type="checkbox"/> | Abnahme ___ kg | <input type="checkbox"/> | konstant | | |
| Mir ist oft kalt / warm | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein | | | | |
| ich schwitze übermäßig | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein | | | | |
| Ich habe oft Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein | | | | |
| Ich habe Luftnot/Luftmangel | <input type="checkbox"/> | im Liegen | <input type="checkbox"/> | beim Treppensteigen | <input type="checkbox"/> | bei Aufregung | | |

Ort, Datum

Unterschrift