

Gesundheitsamt**Angaben zur Vorgeschichte**
- Dieser Erhebungsbogen verbleibt im Gesundheitsamt -

Name	ggf. Geb. Name	Vorname
geboren am	Anschrift	
auf Veranlassung/Auftrag von	Aktenzeichen	
Anlaß		

Eigene Vorgeschichte

Welche bedeutsamen Erkrankungen
insbesondere an Herz, Lunge, Leber,
Niere, Magen, Darm, Schilddrüse,
Wirbelsäule, Knochen und Gelenken
sowie Allergien und Infektionskrank-
heiten haben Sie durchgemacht?
Zeitpunkt / Erläuterungen

Stat. Krankenhausbehandlungen Sanatoriumsaufenthalte/Heilkuren Zeitdauer/Jahr/Erläuterungen

21260

 nein ja
 ↓ ↓

Sind Folgen von den vorgenannten Erkrankungen oder Verletzungen zurückgeblieben

Jetzige Beschwerden

	nein ↓	ja ↓	Erläuterungen
1. Sehstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Hörstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Herzbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Nachtschweiß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. unklare Gewichtsabnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Verdauungsbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Beschwerden beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Rückenbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Gelenkbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. Anfallsleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. Sonstige Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	nein ↓	ja ↓	Erläuterungen
1. Sind Sie z.Z. in ärztlicher Behandlung/ psychotherapeutischer Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Nehmen Sie z.Z. Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche?
3. Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Betätigen Sie sich regelmäßig sportlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Raucher? Exraucher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	seit wann? wieviel?
6. Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tägliche Menge?
7. Nehmen Sie andere Drogen zu sich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche?

Datum

Unterschrift