

Gesundheitsamt

Angaben zur Vorgeschichte - Dieser Erhebungsbogen verbleibt im Gesundheitsamt -

Name	ggf Geb. Name	Vorname
geboren am	Anschrift	
auf Veranlassung / im Auftrag vom		Aktenzeichen
Anlass		

Eigene Vorgeschichte

bitte ggf Anlageblatt verwenden!

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

Krankenhausaufenthalte/ Kuren:

Name und Anschrift der behandelnden Ärzte / Ärztinnen:

Grad der Behinderung (GDB) in %-

Zusätze:

Aktuelle Beschwerden:

nein ja Erläuterungen / ggf. Anlage beifügen:

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 (epileptisch)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. Sonstige Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche:

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"/>	Sportart
5. Raucher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	seit wann? wieviel?
Extraucher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	seit wann?
6. Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tägliche Menge?
7. Nehmen Sie andere Drogen zu sich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche?

Ich erkläre hiermit, dass die von mir gemachten Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen

.....
Datum

.....
Unterschrift