**Name: Vorname: geb.**

**Tel-Nr. email**

**Adresse:**

**Krankenkasse:**

**Größe: cm**

**Gewicht : kg Blutgruppe:**

**Operationen**

**Unfälle**

**Allergien**

**Durchgemachte Krankheiten und/ oder geimpft gegen bitte mit (+) markieren**

Masern Mumps Röteln Windpocken

Keuchhusten Diphtherie Scharlach Grippe

häufige Mandelentzündung Gürtelrose (Herpes Zoster)

**Schwerere Infektionskrankheiten durchgemacht oder geimpft gegen mit (+) markieren**

Gelbsucht Hepatitis Tbc Typhus/Paratyphus

Malaria Salmonellen Zoonosen Geschlechtskrankheiten

COVID

**Innere Erkrankungen/Organsysteme**

Diabetes Schilddrüse sonstige hormonelle Erkrankung

Mund Zähne

Augen Ohren

Nase Nasen-Nebenhöhlen

Bronchien Lunge Rippenfell

Herz Kreislauf

Magen Darm

Leber Galle Bauchspeicheldrüse (Pankreas )

Niere Blase

Unterleib Männer: Prostata Hoden

Frauen: Gebärmutter Eierstöcke

**Schmerzen?** wenn ja: wo

Wirbelsäule Gelenke (welche)

Oft manchmal regelmäßig dauerhaft

**Nerven**

**Psyche**

**Hauterkrankungen**

**Sonstige Erkrankungen**

**Zeckenbiss**

**Familienanamnese**

Mutter: Alter lebt? j/n

Vater: Alter lebt? j/n

Geschwister: Zahl

**Erkrankungen gehäuft in der Familie (auch von Groß- und Urgroßeltern falls bekannt)**

Krebs Tbc Diabetes Gicht/Rheuma

Übergewicht Herzleiden Hirnschlag

Bluthochdruck Venenleiden Haut

Asthma Magen Darm

Pankreas Leber Galle/-Stein

Niere /-Steine Nerven Psyche

Sonstige

**Frauen**

Beginn der Regelblutung

Regelblutung wie Ausfluss (Fluor)

Menopause seit

Kinder Geburt Fehl/Totgeburten

**Vegetative Funktionen/soziales Milieu**

Alkohol: was wie viel pro Tag seit?

Nikotin: wie viel pro Tag seit?

Drogen: welche wie viel pro Tag seit?

**Schlaf?** gut normal schlecht wechselnd

Dauer Aufwachzeit

Einschlafen Durchschlafen Mittagsschlaf

**Appetit?** gut normal schlecht wechselnd

wie viele Mahlzeiten?

**Durst**? viel normal wenig

Menge: Liter absolut

Welche Getränke

**Stuhlgang** mal tgl., alle Tage welche Konsistenz

Verstopfung? Durchfall?

**Miktion**( Urin lassen) nachts vermehrt auffälliges?

**Sexualität** Probleme oder Schwierigkeiten mit körperlicher Liebe

**Urlaub** **Freizeit**

**Sport,** wenn ja welche Sportart

**Medikamente**

Verhütung Spirale Pille seit wann, wie lange

Abführmittel?

Schlafmittel? Vitamine? Nahrungsergänzung?

Homöopathie

Sonstiges ?

**Stärkster Wunsch: Was soll anders werden?**