

**Name:**

**Vorname:**

**geb.:**

**Beruf:**

(wenn Rentner früherer Beruf)

Ihr **Hausarzt** (mit Anschrift):

Wegen welcher Beschwerden sind Sie heute gekommen?

**Haben oder hatten Sie folgende Krankheiten?** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- |  |                                       |  |  |
|--|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Taubheit                              | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt  | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Krebs, welcher?                     |
| <input type="checkbox"/> Hörgerät                              | <input type="checkbox"/> Herz-OP      | <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck   | <input type="checkbox"/> Asthma                              |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                              | <input type="checkbox"/> Grüner Star  | <input type="checkbox"/> Schlaganfall      | <input type="checkbox"/> HIV – positiv                       |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie                             | <input type="checkbox"/> Grauer Star  | <input type="checkbox"/> Rheuma            | <input type="checkbox"/> Allergie, welche?                   |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose                           | <input type="checkbox"/> Thrombose    | <input type="checkbox"/> "Bluter"          | <input type="checkbox"/> Falithrom-Einnahme                  |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose                           | <input type="checkbox"/> Nierensteine | <input type="checkbox"/> Gallensteine      | <input type="checkbox"/> Magen/Darmgeschwür                  |
| <input type="checkbox"/> Parkinson                             | <input type="checkbox"/> Gelbsucht    | <input type="checkbox"/> Struma-OP         | <input type="checkbox"/> andere Schwere Krankheiten, Welche? |
| <input type="checkbox"/> multiresistente Keime (MRSA, ESPL...) |                                       |  |  |

Haben Sie **Allergien, Unverträglichkeiten** von Medikamenten?  nein  ja Welche? Bitte Allergiepass zeigen

Besteht **Schwangerschaft** ?  nein  ja Entbindungstermin:

**Stillen Sie?**

**Rauchen Sie** ?  nein  ja  früher Wie viel ? .....

Wurden Sie **schon beim HNO - Arzt** behandelt oder operiert? Wann? Weswegen?

Hatten Sie andere **Operationen, Krankenhausbehandlungen**? Wann? Welche?

Nehmen Sie **regelmäßig Medikamente** ein?  nein  ja Welche? (Wenn viele - bitte die Rückseite nutzen)

Welche Medikamente haben Sie zuletzt **akut** eingenommen (**auch selbst gekaufte**)?

Welches **Antibiotikum**? Wann?

**Datum:**

**Handy:**

**Festnetz:**

**Unterschrift:**