

Eigene Krankengeschichte: Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

Bitte zutreffendes ankreuzen

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes) | <input type="checkbox"/> Anämie (Blutarmut) |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung, z.B. Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Migräne |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> Krebs |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Nervenleiden (Epilepsie) |
| <input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung, z.B. Nachblutungen bei früheren Operationen |
| <input type="checkbox"/> Andere Erkrankungen? Welche? | |
-

Operationen:

Wann?	Was? (Art der Operation, z.B. Blinddarm)	Wo? (Krankenhaus / Ort)
-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----

Monatsblutungen:

Letzte Periode am: -----

Zyklusdauer (1. Tag bis nächster Regelblutungstag): ____ Tage

Blutungsdauer: _____Tage Blutungsstärke: _____

Wechseljahre seit: -----

Schwangerschaften: o ja O nein

<u>Geburten:</u>	Wann?	Komplikationen? (z.B. Kaiserschnitt)
Anzahl: _____	-----	-----
	-----	-----

Fehlgeburten: Wann?

Anzahl: _____

Verhütung: keine Pille Kondom Spirale

selbst sterilisiert Partner sterilisiert sonstiges:

BITTE WENDEN

Medikamente:

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Sind bei Ihnen **Allergien / Überempfindlichkeiten** bekannt? Nein Ja Wenn ja, welche?

- Pflaster
- Latex
- Medikamente
wenn ja, welche?

Andere: -----

Rauchen Sie? Nein Ja Wie viele Zig./Tag ----- Stück

Beschwerden beim **Wasserlassen** Nein Ja: -----

Stuhlgang Nein Ja: -----

Sind in Ihrer Vorgeschichte multiresistente Erreger nachgewiesen worden? (MRE/MRSA)

- Nein
- Ja, welche? -----

Ist eine Behandlung durchgeführt worden? -----

Sind in Ihrer Vorgeschichte wässrige Durchfälle (besonders nach vorheriger antibiotischer Therapie) bekannt?

- Nein
- Ja Ist eine Behandlung durchgeführt worden? -----

Ihr **Gewicht:** ----- kg

Ihre **Größe:** ----- cm

Ihr **Hausarzt/-ärztin:** -----

Adresse: -----

Datum: -----

Unterschrift: -----