

Das Ausfüllen dieses Bogen ist freiwillig! Sie helfen uns jedoch, wenn Sie diesen Bogen so gut wie möglich ausfüllen. An unklaren Stellen machen Sie bitte ein Fragezeichen.

<h2 style="margin: 0;">Krankenvorgeschichte von</h2> <p style="text-align: right; margin: 0;">Datum:</p> <p>(Name, Vorname): geb.</p>	<p>Größe:</p> <p>Gewicht:</p> <p>Blutdruck: ... / ...</p> <p>Chron. Beschwerden:</p> <p>Bitte ankreuzen:</p> <p>Kopfschmerz <input type="checkbox"/></p> <p>Wirbelsäule <input type="checkbox"/></p> <p>Gelenke <input type="checkbox"/></p> <p>Diabetes mellitus Typ-I: <input type="checkbox"/> Typ-II: <input type="checkbox"/></p> <p>Herz + Blutdruck <input type="checkbox"/></p> <p>Durchblutung <input type="checkbox"/></p> <p>Venen <input type="checkbox"/></p> <p>Infektanfälligkeit <input type="checkbox"/></p> <p>Asthma / Atmung <input type="checkbox"/></p> <p>Neurodermitis <input type="checkbox"/></p> <p>Konzentrations- schwäche <input type="checkbox"/></p> <p>Müdigkeit <input type="checkbox"/></p> <p>Allergien:</p> <p>Pollen <input type="checkbox"/></p> <p>Hausstaub <input type="checkbox"/></p> <p>Tiere <input type="checkbox"/></p> <p>Medikamente <input type="checkbox"/></p> <p>sonstige <input type="checkbox"/></p> <p>Impfungen/Anzahl:</p> <p>Polio <input type="checkbox"/></p> <p>Diphtherie <input type="checkbox"/></p> <p>Tetanus <input type="checkbox"/></p> <p>Pertussis <input type="checkbox"/> (=Keuchhusten)</p> <p>HIB <input type="checkbox"/></p> <p>Hepatitis B <input type="checkbox"/></p> <p>Mumps <input type="checkbox"/></p> <p>Masern <input type="checkbox"/></p> <p>Röteln <input type="checkbox"/></p> <p>Windpocken <input type="checkbox"/></p> <p>Grippe <input type="checkbox"/></p> <p>Hepatitis A <input type="checkbox"/></p> <p>Typhus <input type="checkbox"/></p> <p>Tollwut <input type="checkbox"/></p> <p>Meningitis <input type="checkbox"/></p> <p>Pneumokokk. <input type="checkbox"/></p> <p style="font-size: small; margin-top: 10px;">zuletzt geändert am: 27.05.2014 17:03:33</p>
<p>Beruf:</p> <p><u>Meine Hauptbeschwerden (Stichpunkte):</u> <u>eingenommene Medikamente:</u></p> <p>* +</p> <p>* +</p> <p>* +</p> <p>* +</p> <p>* +</p> <p>* +</p> <p><u>Durchgemachte Operationen:</u> keine: <input type="checkbox"/></p> <p><u>bzw. folgende Ops:</u> <u>im Jahr:</u> <u>Besonderheiten – wenn ja, welche?</u></p> <p>Polypentfernung <input type="checkbox"/></p> <p>Mandelentfernung <input type="checkbox"/></p> <p>Blinddarmoperation <input type="checkbox"/></p> <p>Gebärmutterentfernung <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 20px;">mit Eierstöcken? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> : links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> beidseits <input type="checkbox"/></p> <p>Gallenblasenentfernung <input type="checkbox"/></p> <p>Schilddrüsenentfernung <input type="checkbox"/></p> <p><u>weitere wichtige Informationen, Behinderungen, angeborene Leiden:</u></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p><u>Zahnstatus:</u> Gebiss vollständig: <input type="checkbox"/> Zähne fehlen oben: <input type="checkbox"/> unten: <input type="checkbox"/></p> <p>Füllungen: Keine: <input type="checkbox"/> Amalgam: <input type="checkbox"/> Zement: <input type="checkbox"/> Gold: <input type="checkbox"/> sonstige: <input type="checkbox"/></p> <p>Prothesen: Keine: <input type="checkbox"/> Oben: <input type="checkbox"/> Unten: <input type="checkbox"/> mit Metall: <input type="checkbox"/> nur Kunststoff: <input type="checkbox"/></p> <p>Wurzelbehandelte Zähne: Nein: <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> weiß ich nicht: <input type="checkbox"/></p> <p>Implantate: Nein: <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> Oben: <input type="checkbox"/> Unten: <input type="checkbox"/> Anzahl:</p>	