

**Angaben zur eigenen Krankenvorgeschichte bzw Anamnese:**

(bei Platzmangel nutzen Sie -unter Angabe der Nummer- bitte auch die Rückseite!

Bitte bringen Sie relevante medizinischen Befundberichte mit und verweisen Sie in der Spalte (s.U.) darauf: s.U. = siehe Unterlagen- nähere Angaben von Ihnen sind dann nicht erforderlich.)

Name.....Vorname..... geb.....

Hausarzt: ..... Zurzeit arbeitsunfähig krank ja  nein

1. ambulante ärztliche/fachärztliche Behandlungen in den letzten 3 Monaten? nein

<input type="checkbox"/> ja	weswegen	s.U.	bei wem	wann zuletzt
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		

2. aktuelle Medikamenteneinnahme? nein

<input type="checkbox"/> ja	Medikament	s.U.	Dosierung	regelmäßig	bei Bedarf
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. ambulante therapeutische Maßnahmen in den letzten 3 Monaten? nein

<input type="checkbox"/> ja	Welche	s.U.	bei wem	von - bis
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		

4. Ihre Krankengeschichte: Krankenhausaufenthalte, Unfälle, Operationen, REHA-Maßnahmen, Kuren usw nein

<input type="checkbox"/> ja	Diagnosen	s.U.	amb.	stat.	Einrichtung/KH/Praxis
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

5. andere wichtige Erkrankungen oder Beeinträchtigungen nein

<input type="checkbox"/> ja		s.U.
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

6. Vorsorgeuntersuchungen / wann zuletzt nein

<input type="checkbox"/> Zahnarzt /	<input type="checkbox"/> Frauenarzt /	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------

7. Sozialmedizinische Begutachtungen / wann zuletzt nein

<input type="checkbox"/> REHA-Einrichtung /	s.U. <input type="checkbox"/>	ASA Landau /	(GdB: %)	s.U. <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Arbeitsamt /	s.U. <input type="checkbox"/>	Rentenversicherung /		s.U. <input type="checkbox"/>

8. Suchtmittel / pro Tag nein

Tabak	gelegentlich / regelmäßig ..... pro Tag / Woche	zuletzt .....	nein <input type="checkbox"/>
Alkohol	gelegentlich / regelmäßig ..... pro Tag / Woche	zuletzt .....	nein <input type="checkbox"/>
Drogen	gelegentlich / regelmäßig ..... pro Tag / Woche	zuletzt .....	nein <input type="checkbox"/>

Ort, Datum

Unterschrift