**Persönliche medizinische Daten von**

Name: …………………………………………….… Geb.-Datum ………Vers.Nr.: ……………….

Beruf: ………………………………………………………………………. Angestellt: …………………..

Familienstand: …………………………………… Geb.Jahr Kinder: .………………………………………

Tätigkeit überwiegend sitzend? ……………………………………………. Computerplatz: …………..

Schicht-/Nachtarbeit? …………………… Umgang mit gefährlichen Stoffen? …………………………….

Sonstiges: …………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Vorerkrankungen und Diagnosen**

**Herz--Kreislauf-Erkrankungen (inkl. Bluthochdruck)**

Art: ………………………………………………………………….. seit: …………………………….

Art: ………………………………………………………………….. seit: …………………………….

⃝ Fälle in der Familie? …………………………………………………………………………………………..

**Lunge und Luftröhre (z.B. Asthma, Bronchitis)**

Art: …………..……………………………………………….. seit: …………………………….

Art: ………………………………………………………………….. seit: …………………………….

⃝ Fälle in der Familie? …………………………………………………………………………………………..

**Verdauungsorgane (z.B. Magen, Darm, Galle)**

Art: ………………………………………………………………….. seit: …………………………….

Art: ………………………………………………………………….. seit: …………………………….

⃝ Fälle in der Familie? …………………………………………………………………………………………..

**Bewegungsapparat (z.B. Bandscheibe, Hüfte, Gelenke)**

Art: ………………………………………………………………….. seit: …………………………….

Art: ………………………………………………………………….. seit: …………………………….

**Hormone (Diabetes, Schilddrüse, Gicht)**

Art: ………………………………………………………………….. seit: …………………………….

Art: ………………………………………………………………….. seit: …………………………….

⃝ Fälle in der Familie? …………………………………………………………………………………………..

**Infektionen (z.B. multiresistente Keime, HIV, Hepatitis B oder C, Corona)**

Art: ………………………………………………………………….. seit: …………………………….

Art: ………………………………………………………………….. seit: …………………………….

**Neurologische Erkrankungen (z.B. Schlaganfall, Parkinson)**

Art: ………………………………………………………………….. seit: …………………………….

Art: ………………………………………………………………….. seit: …………………………….

⃝ Fälle in der Familie? …………………………………………………………………………………………..

**Psychiatrische Erkrankungen (z.B. Medikamentenabhängigkeit, Depression)**

Art: ………………………………………………………………….. seit: …………………………….

Art: ………………………………………………………………….. seit: …………………………….

⃝ Fälle in der Familie? …………………………………………………………………………………………..

**Gynäkologische/urologische Erkrankungen (z.B. Prostata, Endometriose)**

Art: ………………………………………………………………….. seit: …………………………….

Art: ………………………………………………………………….. seit: …………………………….

⃝ Fälle in der Familie? …………………………………………………………………………………………..

**Augen- oder Hauterkrankungen (z.B. Grauer Star, Hautkrebs)**

Art: ………………………………………………………………….. seit: …………………………….

Art: ………………………………………………………………….. seit: …………………………….

⃝ Fälle in der Familie? …………………………………………………………………………………………..

**Geschwüre/Tumore (sofern nicht bereits genannt)**

Art: ………………………………………………………………….. seit: …………………………….

Art: ………………………………………………………………….. seit: …………………………….

⃝ Fälle in der Familie? …………………………………………………………………………………………..

**Weiteres**

Art: ………………………………………………………………….. seit: …………………………….

Art: ………………………………………………………………….. seit: …………………………….

**Bisherige Operationen
Art der Operation Jahr Unfall? (Sport/Verkehr, Arbeit)**

……………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………

**Allergien und Unverträglichkeiten**Medikamente: …………………………………………………………………………………………………………

Wirkstoffe: …………………………………………………………………………………………………………

Pollen/Gräser: …………………………………………………………………………………………………………

Hausstaub: …………………………………………………………………………………………………………

Nahrungsmittel: …………………………………………………………………………………………………………

Tiere: …………………………………………………………………………………………………………

Weiteres: ………………………………………………………………………………………………..

**Medizinische Hilfsmittel**

Art seit Jahr

⃝ Herzschrittmacher

⃝ Brille/Sehhilfe (Dioptrien, rechts/links)

⃝ Hörgerät (rechts/links)

⃝ Zahnschienen

⃝ Schlafapnoe-Gerät

⃝ Sauerstoff-Gerät

⃝ Gehhilfe, Rollator, Rollstuhl

⃝ Arm-/Beinprothesen

⃝ Weitere ……………………………………………………………………………………………..

**Suchtmittel**

Alkohol …………………………………………… Menge …………..tägl./wöchentl./gelegentlich ………

Nikotin …………………………………………… Menge …………..tägl./wöchentl./gelegentlich ………

Weiteres …………………………………………… Menge …………..tägl./wöchentl./gelegentlich ………

**Medizinische Ausweise**

Art Aufbewahrungsort (Notlagen-Ordner)

⃝ Impfpass……………………………………………………………………………………………….

⃝ Blutgruppenausweis……………………………………………………...........................................

⃝ Allergiepass……………………………………………………………………………………………..

⃝ Medikamentenpass…………………………………………………………………………………..

**Regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen**

Art Turnus Wo?

Gesundenuntersuchung

Hautkrebs

Gynäkologische/urologische Untersuchung

Darmspiegelung

Magenspiegelung

Weitere