

Beschwerden oder Erkrankungen folgender Organe oder Körperfunktionen? (was / wann)

Kopf, Gehirn, Nervensystem:

(z.B. Schädelhirnverletzung, Schwindel, Gleichgewichtsstörungen, Migräne, epileptische Anfälle, Seekrankheit)

Psyche:

(z.B. Neigung zu Angstreaktionen, Beklemmung in engen Räumen / auf freien Plätzen, Panikattacke, Depression / depressive Phasen)

Augen:

(z.B. Herabsetzung des Sehvermögens, Brillenträger, Kontaktlinsen, erhöhter Augeninnendruck)

Nase, Nasennebenhöhlen:

(z.B. häufiger Schnupfen, Heuschnupfen, häufig Nasenbluten, Stirn- oder Kieferhöhlenentzündungen)

Ohren:

(z.B. Mittelohrentzündung, Gehörgangsentzündung, Trommelfellriss, Ohrensausen, Schwindel, Hörstörung)

Atmungsorgane:

(z.B. TBC, Lungenentzündung, Rippenfellentzündung, Asthma, länger dauernde Bronchitis, Spontanpneumothorax, Husten durch Anstrengung oder kalte Luft)

Herz-Kreislaufsystem:

(z.B. Herzfehler, Engegefühl / Schmerz im Brustkorb, Rhythmusstörungen, erhöhter Blutdruck, Venenentzündung, Durchblutungsstörungen)

Verdauungsorgan und Nieren:

(z.B. Aufstoßen oder Sodbrennen, Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre, Koliken, Leistenbrüche, Nierenentzündungen, Blasenentzündung, Nierensteine)

Haut, Knochen, Gelenke, Muskulatur:

(z.B. Allergien, Gelenkrheumatismus, Gicht, Hexenschuss, Bandscheibenschäden, häufige Ausrenkungen, Muskelschwäche)

Stoffwechsel:

(z.B. Zuckerkrankheit, Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse)

Bei Frauen: **Schwangerschaft?** Nein Ja, seit: _____

Hattest Du **fieberhafte Erkrankungen** in den letzten Monaten? (was / wann)

Hattest / Hast Du sonstige **Krankheiten, Fehler oder Beschwerden**, nach denen nicht ausdrücklich gefragt ist? (was / wann)

Wieviel **Alkohol** trinkst Du? (Art / Menge) _____ Rauchst Du? (Art / Menge) _____

Welche **Medikamente** nimmst Du?

Letzte Röntgenaufnahme der Lunge (wann / wo): _____

Letztes **Ruhe-** oder **Belastungs-EKG** (wann / wo): _____

Datum: _____ Unterschrift Proband: _____ Arzt: _____