



### Krankengeschichte

Name:

Vorname:

Geb.Datum:

Kinderkrankheiten:

Komplikationen:

Längere Sportbefreiung, wann weshalb?

**Sind folgende Krankheiten bei Ihnen selbst oder in Ihrer Familie aufgetreten?**

	<b>Eigene Kranken- geschichte</b>	Krankheiten in der Familie
Koronare Herzkrankheit, Angina Pectoris, Herzinfarkt		
Andere arterielle Durchblutungsstörungen (Schlaganfall, Raucherbein, Verengung der Halsschlagader)		
Bluthochdruck		
Andere Krankheiten der Gefäße ( Krampfadern)		
Zuckerkrankheit ( Diabetes mellitus)		
Fettstoffwechselstörungen ( Cholesterinprobleme)		
Nierenkrankheiten		
Lungenkrankheiten		
Blutkrankheiten		
Rheumatische Erkrankungen		
Nerven-und Gemütskrankungen		
Allergien, Nahrungsmittel-und Medikamentenunverträglichkeiten		
Krebserkrankungen		
Sonstige Erkrankungen		

**Alle Angaben sind selbstverständlich freiwillig, sollten aber der Wahrheit entsprechen, da sie unter Umständen als Hintergrundinformationen zur Klärung akuter und chronischer Beschwerden oder zur Erstellung von Ärztlichen Zeugnissen o.ä. herangezogen werden.**



**Verletzungen/Operationen/Krankenhausaufenthalte**

**wann?**

.....

.....

.....

.....

**Impfungen:**

**zuletzt wann?**

**zuletzt wann?**

<b>Tetanus</b>			<b>Tuberkulose</b>		
<b>Diphtherie</b>			<b>FSME</b>		
<b>Kinderlähmung(Polio)</b>			<b>Mumps</b>		
<b>Hepatitis A</b>			<b>Masern</b>		
<b>Hepatitis B</b>			<b>Röteln</b>		
<b>Hämophilus influenzae</b>			<b>Sonstige:</b>		
<b>Meningokokken</b>					

**Soziale Situation:**

ledig/Single		verheiratet		eheähnl.Gem.		geschieden		verwitwet	
--------------	--	-------------	--	--------------	--	------------	--	-----------	--

**Kinder: Anzahl/ Geburtsjahr**

**Erlerner Beruf:**

**Jetzige Tätigkeit:**

**Anerkannte Berufskrankheit:**

**Risikofaktoren:**

<b>Rauchen</b>		<b>Bewegungsmangel</b>		<b>Regelm.Alkoholkonsum</b>	
<b>Übergewicht</b>		<b>seelische Belastung</b>			

**Medikamente:**

<b>Medikament</b>	<b>früh</b>	<b>mittag</b>	<b>abend</b>	<b>nacht</b>