

## Gesundheitsamt

### Angaben zur Vorgeschichte

- Dieser Erhebungsbogen verbleibt im Gesundheitsamt -

#### Vorgangs-Nr.

---

|      |            |         |            |
|------|------------|---------|------------|
| Name | Geb.-Namen | Vorname | Geb.-Datum |
|------|------------|---------|------------|

---

|           |            |
|-----------|------------|
| Anschrift | Telef.-Nr. |
|-----------|------------|

---

|                  |             |                           |
|------------------|-------------|---------------------------|
| auf Veranlassung | Auftrag vom | Aktenzeichen-Auftraggeber |
|------------------|-------------|---------------------------|

---

Anlass

#### Eigene Vorgeschichte *(bitte ggf. Anlageblatt verwenden!)*

Welche bedeutsamen Erkrankungen insbesondere an Herz, Lunge, Leber, Niere, Magen, Darm, Schilddrüse, Wirbelsäule, Knochen und Gelenken sowie Allergien und Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

Sind psychische Erkrankungen festgestellt worden?

Zeitpunkt/Erläuterungen:

Krankenhausaufenthalte/Kuren:

Name und Anschrift der behandelnden Ärzte/innen:

Grad der Behinderung (GdB) in %:

Zusätze:

| <b>Aktuelle Beschwerden</b>  | <b>nein</b>  | <b>ja</b>  | <b>Erläuterungen/ggf. Anlage beifügen:</b> |
|--|--|--|--|
| Sehstörungen   | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>                             |  |
| Kopfschmerzen  | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>                             |  |
| Schwindel  | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>                             |  |
| Hörstörungen   | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>                             |  |
| Schlafstörungen  | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>                             |  |
| Schmerzen  | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>                             |  |
| Husten   | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>                             |  |
| Atemnot  | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>                             |  |
| Herzbeschwerden  | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>                             |  |
| Nachtschweiß   | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>                             |  |
| Unklare Gewichtsabnahme  | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>                             |  |
| Appetitlosigkeit   | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>                             |  |
| Verdauungsbeschwerden  | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>                             |  |
| Beschwerden beim Wasserlassen  | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>                             |  |
| Rückenbeschwerden  | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>                             |  |
| Gelenkbeschwerden  | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>                             |  |
| Anfallsleiden (epileptisch)  | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>                             |  |
| Sonstige Beschwerden   | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>                             | welche:                                    |
| Sind Sie in ärztlicher Behandlung?<br>bzw. in psychotherapeutischer<br>Behandlung? | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |  |
| Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?  | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>                             | welche?                                    |
| Tragen Sie eine Brille/Kontaktlinsen?  | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>                             |  |
| Betätigen Sie sich regelmäßig sportlich?   | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>                             | Sportart:                                  |
| Sind Sie Raucher?  | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>                             | Seit wann?<br>Wieviel?                     |
| Trinken Sie regelmäßig Alkohol?  | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>                             | Tägliche Menge?                            |
| Nehmen Sie andere Drogen zu sich?  | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>                             | Welche?                                    |

**Ich erkläre hiermit, dass die von mir gemachten Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.**

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift