KREIS **STORMARN**
Der Landrat

Fachdienst Gesundheit
23840 Bad Oldesloe

Angaben zur gesundheitlichen Vorgeschichte

Name, Vorname:	Ggf. Geburtsname:
Geburtsdatum, -ort:	
Straße, Nr., PLZ, Wohnort:	
Tel.-Nr.:	
Ausweisnr./Reisepassnr.:	

Die Erhebung der medizinischen Vorgeschichte (Anamnese) soll einen zusammenfassenden Überblick über alle bei Ihnen bis dahin bekannten oder derzeitigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen/ Erkrankungen geben und stellt eine wesentliche Voraussetzung für die Beurteilung, Planung von evtl. noch notwendigen weiteren Untersuchungen und Erstellen eines ärztlichen Zeugnisses dar.
Wir bitten sie daher, die Angaben zur Gesundheit sorgfältig und wahrheitsgemäß auszufüllen und zu unterschreiben. Bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben kann das amtsärztliche Gesundheitszeugnis seine Gültigkeit verlieren. Der Erhebungsbogen verbleibt bei den Unterlagen im Gesundheitsamt.

1. Welche bedeutsame(n) Erkrankung(en) wurde(n) bisher bei Ihnen festgestellt/ wurde(n) behandelt (bitte Befundbericht in Kopie anfügen)?

			Art und Zeitpunkt der Erkrankung
Herz/Kreislauf	☐ nein	☐ ja	
Lunge/Bronchien	☐ nein	☐ ja	
Leber/Galle	☐ nein	☐ ja	
Nieren	☐ nein	☐ ja	
Magen/Darm	☐ nein	☐ ja	
Stoffwechsel	☐ nein	☐ ja	
Schilddrüse	☐ nein	☐ ja	
Gelenken	☐ nein	☐ ja	
Wirbelsäule	☐ nein	☐ ja	
Haut	☐ nein	☐ ja	
Blut/Lymphe	☐ nein	☐ ja	
Harnwege/Geschlechtsorgane	☐ nein	☐ ja	
Ohren	☐ nein	☐ ja	
Hörhilfe benötigt	☐ nein	☐ ja	☐ Re | ☐ Li
Augen	☐ nein	☐ ja	
Sehhilfe benötigt	☐ nein	☐ ja	Dioptriezahl Re Li

Bitte Rückseite beachten

			Art und Zeitpunkt der Erkrankung
Nerven/Psyche	☐ nein	☐ ja	
Infektionen	☐ nein	☐ ja	
Tumorerkrankung	☐ nein	☐ ja	
Allergie	☐ nein	☐ ja	Welche:

2.

Unfälle	☐ nein	☐ ja	Welche: Wann:
Behandlung im Krankenhaus/Operationen	☐ nein	☐ ja	Grund: Wann:
Kur/Reha	☐ nein	☐ ja	Grund: Wann:

3.

Regelmäßige Medikamenteneinnahme	☐ nein	☐ ja	Welche:
Alkoholkonsum	☐ nein	☐ ja	Wieviel: Was:
Nikotinkonsum	☐ nein	☐ ja	Wieviel: Was:
Drogenkonsum	☐ nein	☐ ja	Welche:
Sport	☐ nein	☐ ja	Was: Wie oft: ca. Std/Woche

4.

Sind Sie schwerbehindert oder gleichgestellt?	☐ nein	☐ ja: GdB:

5.

Aktuelle gesundheitliche Beschwerden	☐ nein	☐ ja Welche:

6.

Größe	cm	Gewicht	kg

7.

Ergänzungen/Sonstiges (ggf. Extrablatt benutzen)	

Ich bestätige hiermit, dass ich den Erhebungsbogen zur medizinischen Vorgeschichte wahrheitsgemäß und vollständig ausgefüllt habe.

_____ _____

Ort/Datum Unterschrift