

**Erstaufnahme am:** dd,mm,jjjj

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Haben Sie eine chronische Erkrankung \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? \_\_\_\_\_

Allergien:

Allgemeine Fitness:

Infektneigung:

Müdigkeit:

Schlaf:

Kopfschmerzen:

Sonnenallergie:

Schwitzen/Schweiß (Menge/Geruch):

Hautcolorit (normal/blass/entzündet/Wunden):

Haar (trocken, stumpf, glänzend):

Haarausfall:

Nägel (brüchig, fest, Flecken):

Halsweh/Schleim/Mundgeruch:

Heiserkeit:

Mund (Geschmack, normal/metallisch, trocken, Brennen)

Zunge (Belag, Brennen, trocken):

Husten/Atembeschwerden:

Herzrasen/Pulsunregelmäßigkeit:

Schwindel:

Bluthochdruck:

Konzentrationsschwierigkeit/Gedächtnisstörung:

Übelkeit/Erbrechen:

Geruchsempfinden:

**Erstaufnahme am:** dd,mm,jjjj

Appetit:

Sodbrennen:

Frieren/Hitzegefühl:

Magen-/Bauchschmerzen:

Stuhlgang (fest, flüssig, blutig):

Urin (dunkel/hell):

Gewicht (Status/Änderung):

Schmerzen Arme/Beine, Krämpfe:

Nackenschmerzen/Verspannungen:

**Historie:**

Blutarmut (Anämie), erhöhte Blutungsneigung bei Verletzungen:

Nierenerkrankungen:

Lebererkrankungen (z.B. Gelbsucht):

Lungenerkrankungen (z.B. Asthma, chronische Bronchitis):

Magen-Darm-Erkrankungen:

Infektionserkrankungen (Tuberkulose, Hepatitis, HIV):

Nervenerkrankungen, Krampfleiden (Epilepsie):

Zuckerkrankheit (Diabetes):

Schilddrüsenerkrankung:

Herzkrankungen:

Neues Datenschutzgesetz ab dem 25.05.2018 (s. Datenschutzerklärung).