

Familienanamnese (nur Blutsverwandte)

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Familienstand: _____ Kinder: nein _____ ja _____ Anzahl _____

Bekannte Krankheiten in der Familie: (bitte ankreuzen)

	Mutter	Vater	Großeltern	Geschwister	Sonstige
Cholesterin	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Diabetes	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Schilddrüse- Krankheiten	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Bluthochdruck	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Herzerkrankungen z.B. <i>Herzinfarkt</i>	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Rheumatische Erkrankungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Neurologische Krankheiten z.B. <i>Demenz,</i> <i>Depressionen,</i> <i>Parkinson,</i> <i>Schlaganfall</i>	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Krebserkrankungen Welchen?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Sonstiges	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Bei Männern:

- PSA-Wert bestimmen? ☐ ja ☐ nein (ca. 18€)
- Falls kein PSA gewünscht, wird es bereits beim Urologen kontrolliert?
Ja ___ nein ___

Bitte Rückseite beachten



Vorausgehende Fraktur? Hüftfraktur eines Elternteils? Nehmen Sie Kortison haltige Medikamente?	O ja O nein O ja O nein O ja O nein wenn ja, welche? _____
Rauchen Sie? Zigaretten ____ E-Zigarette ____ Vape ____ Shisha ____	O ja O nein Wie viele Zigaretten am Tag? ____ Ex-Raucher seit _____
Trinken Sie Alkohol?	O ja O nein Wie oft?
Machen Sie Sport?	O ja O nein Was und wie oft?
Haben Sie Stress?	O ja O nein
Haben Sie Fragen zur sexuelle Gesundheit?	O ja O nein

Ich habe eine:

- Vorsorgevollmacht ☐ ja ☐ nein
 - Patientenverfügung ☐ ja ☐ nein
 - Betreuungsverfügung ☐ ja ☐ nein
 - Pflegegrad ☐ ja ☐ nein
- Stufe: _____

Kontakt im Notfall

Name, Vorname: _____

Tel. Nr.: _____ Handy Nr. _____

Name, Vorname: _____

Tel. Nr.: _____ Handy Nr. _____

Name, Vorname: _____

Tel. Nr.: _____ Handy Nr. _____

Ich bin einverstanden, dass im Notfall die oben genannte Person kontaktiert wird.

Unterschrift: _____ Datum: _____