

Praxis: _____

Datum: _____

Datum letztes CRT	Diagnose

Familienanamnese			
	Patient	Vater	Mutter
Raucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embolie / Thrombose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Darmkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gallenblase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lunge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pankreas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkungen zur Familienanamnese			

Nimmt dieser Patient zur Zeit Medikamente ein?			
Schilddrüsenmed. <input type="checkbox"/>	Hormone <input type="checkbox"/>	Cortison <input type="checkbox"/>	Physikalische Therapie <input type="checkbox"/>
Chemo-Therapie <input type="checkbox"/>	Psychopharmaka <input type="checkbox"/>	HerzKreislaufmittel <input type="checkbox"/>	
Derzeitige Medikation :			
Leidet der Patient unter mindestens einer der folgenden Beschwerden?			
Appetitlosigkeit <input type="checkbox"/>	Gewichtsabnahme <input type="checkbox"/>	Energielosigkeit <input type="checkbox"/>	Schlafstörungen <input type="checkbox"/>
Müdigkeit <input type="checkbox"/>	Gewichtszunahme <input type="checkbox"/>	Miktionsstörung <input type="checkbox"/>	Konzentrationsstörungen <input type="checkbox"/>
Leidet der Patient unter mindestens einer der folgenden Symptome?			
Verstopfung <input type="checkbox"/>	Brechreiz <input type="checkbox"/>	Muskelschmerzen <input type="checkbox"/>	
Diarrhöe <input type="checkbox"/>	Schwindel <input type="checkbox"/>	Gelenkschmerzen <input type="checkbox"/>	
Herzklopfen <input type="checkbox"/>	Atemprobleme <input type="checkbox"/>	Rückenschmerzen <input type="checkbox"/>	
Wurde am Patienten einer der folgenden zahnmedizinische Arbeiten durchgeführt?			
Wurzelkanal <input type="checkbox"/>	Amalgam <input type="checkbox"/>	Prothese OK <input type="checkbox"/>	
Zahnimplantat <input type="checkbox"/>	Zahn-Krone <input type="checkbox"/>	Prothese UK <input type="checkbox"/>	
Wurden dem Patienten mindestens eines der folgenden Organe entfernt?			
Tonsillen <input type="checkbox"/>	Magen <input type="checkbox"/>	Eierstock links <input type="checkbox"/>	
Schilddrüse <input type="checkbox"/>	Darm <input type="checkbox"/>	Eierstock rechts <input type="checkbox"/>	
Gallenblase <input type="checkbox"/>	Appendix <input type="checkbox"/>	Gebärmutter/Prostata <input type="checkbox"/>	
Zusatzfragen für weibliche Patienten			
Schwangerschaft <input type="checkbox"/>	Brustimplantat links <input type="checkbox"/>	Brustimplantat rechts <input type="checkbox"/>	
Prämenopause <input type="checkbox"/>	Brust Teilresektion re. <input type="checkbox"/>	Brust Teilresektion li. <input type="checkbox"/>	
Postmenopause <input type="checkbox"/>	Brust Totalresektion li. <input type="checkbox"/>	Brust Totalresektion re. <input type="checkbox"/>	