

**Ernährungsberaterin**  
Ruth Kirchmann  
Tel.: 02632-404-8602  
ruth.kirchmann@stiftshospital-andernach.de

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Telefonnummer/ Handy-Nr. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ cm      \_\_\_\_\_ kg      \_\_\_\_/\_\_\_\_      \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_ cm      \_\_\_\_\_ cm  
Größe              Gewicht              RR              Puls              Halsumfang              Bauchumfang

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im Sinne einer optimalen ärztlichen Versorgung möchten wir Sie bitten, die folgenden Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten und Ihrem Arzt bei der Erstuntersuchung vorzulegen.

**Allgemeine Vorgeschichte:**

Warum stellen Sie sich in unserer Praxis vor?

---

---

Welche Beschwerden haben Sie zurzeit? Welche dieser Beschwerden sind für Sie am wichtigsten?

---

---

Gab es in Ihrer Familie bestimmte Krankheiten gehäuft? (z.B. Diabetes, Bluthochdruck, Herzerkrankungen)

---

Welche früheren Erkrankungen oder Operationen hatten Sie?

---

**Wie ist Ihre allgemeine Befindlichkeit in Bezug auf:**

Appetit: \_\_\_\_\_

Stuhlgang:     normal     Verstopfung     Durchfall     mit Abführmitteln

Trinkmenge: \_\_\_\_\_ Liter    Wasserlassen? \_\_\_\_\_    nächtliches Wasserlassen? \_\_\_\_\_

Allergien? \_\_\_\_\_

Schlaf? \_\_\_\_\_

Wie viel Alkohol trinken Sie? \_\_\_\_\_

Wie viel rauchen Sie am Tag? \_\_\_\_\_

Körperliche Aktivität (Spaziergänge, Sport)? \_\_\_\_\_ Stunden/ Tag

Welche Medikamente nehmen Sie ein (Name des Medikaments und Menge): \_\_\_\_\_

Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? \_\_\_\_\_

**Sozialer Hintergrund:**

Familienstand: \_\_\_\_\_ Kinder: \_\_\_\_\_

Berufliche Tätigkeit (früher und aktuell): \_\_\_\_\_

Es liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 vor  ja  nein

Es liegt ein Grad der Behinderung oder eine Minderung der Erwerbstätigkeit vor  ja  nein  
Prozentzahl \_\_\_\_\_ % aufgrund folgender Erkrankung \_\_\_\_\_

**Nur von Patientinnen auszufüllen:**

Menarche: \_\_\_\_\_ Zyklusdauer: \_\_\_\_\_

Blutungsdauer: \_\_\_\_\_ Tage Blutungsstärke:  schwach  mittel  stark

Schwangerschaften: \_\_\_\_\_ Geburten: \_\_\_\_\_

**Das MVZ-Team bedankt sich für Ihre Mithilfe!**

Notizen (vom Arzt auszufüllen)

Kopf/ Hals \_\_\_\_\_

Thorax \_\_\_\_\_

Abdomen \_\_\_\_\_

Genitalorgane \_\_\_\_\_

Haut \_\_\_\_\_

Extremitäten \_\_\_\_\_