

ÄRZTLICHE FRAGEN ZUR KRANKENVORGESCHICHTE

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, die nachfolgenden Fragen betreffen Ihre Person und Ihre Krankenvorgeschichte. Sie dienen der Klärung Ihres Krankheits- oder Beschwerdebildes und erleichtern unser anschließendes Gespräch. Bitte kreuzen Sie das jeweils zutreffende Kästchen an: Ihre Antworten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Name:

Vorname:

geb.:

Anschrift:

Telefon:

1. Warum kommen Sie heute zum Arzt?

2. Leiden oder litten Sie an einer dieser Erkrankungen?

	Ja	Nein	Seit wann
Schlafapnoe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schlaganfall, Lähmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Epilepsie (Fallsucht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schilddrüsenerkrankungen (Kropf)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzklappenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Krampfadern, Thrombose, offenes Bein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwüre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leberkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gallensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nieren- oder Blasenentzündungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nierenschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nieren- oder Blasensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Krankheiten der Vorsteherdrüse (Prostata)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Krankheiten der weiblichen Organe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fettstoffwechselkrankheiten (Cholesterin, Triglyceride)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gelenkrheumatismus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Andere Krankheiten der Gelenke oder Wirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blutarmut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ohrerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Augenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Andere Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wenn ja, welche?			

3. Haben Sie folgende Beschwerden?

	Ja	Nein	Seit wann
Häufiger Schnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Juckreiz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Häufig blaue Lippen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Geschwollene Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schnelle Ermüdbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzklopfen, auch ohne Belastung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stiche hinter dem Schulterblatt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ziehen im linken Arm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Brennen hinter dem Brustbein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schmerzhaftes Schlucken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Übelkeit, Brechreiz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Unregelmäßigkeiten beim Stuhlgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Probleme beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zunehmende Hautblässe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gewichtsschwankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ohrgeräusche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4. Wurden Sie schon einmal operiert?

	Ja	Nein	Wann
Blinddarm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mandeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Magen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Darm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gallenblase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Harnblase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Weibliche Organe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kopf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Knochenbrüche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Andere Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Welche?			

5. Sonstige Fragen zur Person

	Ja	Nein
Haben Sie normalen Appetit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie starken Durst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken Sie regelmäßig Alkohol? (z.B. Bier, Wein, Spirituosen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menge pro Tag:		
Rauchen Sie? (z.B. Zigaretten, Zigarre, Pfeife)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menge pro Tag:		
Seit wann?		
Nehmen sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geben Sie nach Möglichkeit Ihren aktuellen Medikamentenplan ab.		
Wenn kein Medikamentenplan vorliegt, nutzen Sie bitte den Platz am Ende des Dokuments.		
Sind bei Ihnen Medikamenten- unverträglichkeiten bekannt? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind bei ihnen Allergien bekannt? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen oder nahmen Sie die Pille?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind sie mit Ihrer derzeitigen Tätigkeit zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie berufliche oder private Sorgen oder Schwierigkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen oder nahmen sie Drogen? (z.B. Haschisch, LSD, Morphinum oder andere)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche?		
Menge pro Tag:		
Treiben Sie Sport? Welchen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten aufgetreten?

	Vater	Mutter	Groß- eltern	Kinder
Hoher Blutdruck				
Schlaganfall				
Herzinfarkt				
Fettstoffwechselstörungen				
Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)				
Gicht				
Nervenkrankheiten				
Thrombose				
Nierenerkrankungen				
Krebserkrankungen				
Wenn ja, welche:				

7. Sozialanamnese

Beruf: _____
 Familienstand: _____
 Kinder: _____

Gibt es einen wichtigen Punkt, den Sie uns hier noch mitteilen
möchten?

8. Einverständniserklärung

Ich erkläre mich einverstanden, regelmäßig an unten genannte Termine ohne Aufforderung bis auf Widerruf (quartals-
übergreifend) erinnert zu werden.

	Ja	Nein
alle erforderlichen Termine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Check-up	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebsvorsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impfungen*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Bitte bringen Sie zur nächsten Untersuchung Ihren Impfausweis mit.

Bitte informieren Sie mich

Telefonisch: _____
 Schriftlich: _____
 SMS: _____
 E-Mail: _____

Medikamentenplan:

Medikament	Früh	Mittag	Abend	Nacht

Hinweis:

Denken Sie auch bei akuten Erkrankungen daran, vorher in der Praxis anzurufen. Falls erforderlich, ermöglichen wir Ihnen immer einen Termin am selben Tag. Wir bitten Sie, Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, wenn Sie diese nicht einhalten können. Wir danken Ihnen für Ihre Mühe. Bitte geben Sie den Fragebogen am Empfang ab. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.

Ort, Datum

Unterschrift