



Ärztliche Fragen zur Krankheitsvorgeschichte

Name: _____ Akad. Titel: _____ GebDatum: _____
 Vorname: _____ E-Mail: _____
 Straße: _____ Tel.: _____
 PLZ/Ort: _____ mobil: _____
 Geschlecht: m / w Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg
 Familienstand: () ledig () verheiratet () getrennt lebend
 () geschieden () verwitwet Staatsangehörigkeit: _____

Welchen Beruf haben Sie erlernt? _____

Welchen Beruf üben Sie derzeit aus? _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die Angaben zu Ihrer Person und Krankenvorgeschichte auf diesem Fragebogen dienen der Klärung Ihres Krankheits- und Beschwerdebildes. Bitte beantworten Sie die Fragen vollständig. Die Antworten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht

Jetzige Beschwerden, Gesundheitsstörungen:

Aktuelle Beschwerden:

	ja	nein	?
Haben Sie Fieber?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie an Kopfschmerzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Augenschmerzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Halsschmerzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hatten Sie schon einmal eine der folgenden Krankheiten?

Typhus / Paratyphus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Grüner Star / Grauer Star	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nasennebenhöhlenentzündungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bronchitis, Lungenentzündung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asthma, Heuschnupfen, Allergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wenn ja, wogegen: _____			
Hoher Blutdruck, Herzinfarkt, Gefäßleiden Herzrhythmusstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Thrombosen, Krampfadern, Hämorrhoiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	?
Magen-Darm-Erkrankungen (Ulcus, Verstopfung, Durchfall, Blut im Stuhl)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gelbsucht, Leber- oder Gallenleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nieren- oder Blasenenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwierigkeiten beim Wasserlassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nächtliches Wasserlassen wenn ja, wie oft? _____ Mal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* Männer:			
Krankheiten der Prostata	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krankheiten des Hodens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* Frauen:			
Krankheiten der weiblichen Unterleibsorgane	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erkrankungen der weiblichen Brüste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unregelmäßige Periode letzte Periode am _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geschlechtskrankheiten (Syphilis, Tripper)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hautkrankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nervenkrankheiten (Anfälle, Depressionen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krankheiten der Wirbelsäule (Ischias, Bandscheibenvorfall, Hexenschuss, Knacken)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Knochenbrüche, Unfälle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

bitte wenden ->

	ja	nein	?
* Stoffwechselkrankheiten			
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hohes Cholesterin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hohe Harnsäure, Gicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* Tumore und Krankheiten des Blutes			
gutartige Tumore	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krebs wenn ja, welcher? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutarmut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutungsneigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere Krankheiten wenn ja, welche:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sind Sie schwanger?
wenn ja, wievielte SSW _____ Woche

Wurden Sie schon einmal operiert?
wenn ja, woran?

Wurden Sie schon einmal mit radioaktiven Strahlen oder
Röntgenstrahlen behandelt?
wenn ja, warum und wo

Wann wurden Sie zuletzt geröntgt? _____

Waren Sie in den letzten 12 Monaten in Mittelmeerländern,
in Asien, in den Tropen?
wenn ja, wo?

Nehmen oder nahmen Sie
Hormonpräparate ein (z. B. Pille)?

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

Haben Sie geraucht?

Rauchen Sie?
wenn ja, wieviel? _____

Nehmen oder nahmen Sie Drogen?
wenn ja, welche?

Datum: _____

	ja	nein	?
Treiben Sie regelmäßig Sport? wenn ja, wie oft pro Woche? _____ Mal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie in den letzten 12 Monaten mehr als 5 kg zugenommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie in den letzten 12 Monaten mehr als 5 kg abgenommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie auffallend großen Durst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlafen Sie schlecht ein oder durch?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bedrückt Sie etwas Ernstliches (Partnerschaft, Beruf, privat)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie an nervösen Beschwerden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten vorgekommen?

	Eltern	Großeltern	Kinder
Hoher Blutdruck, Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzinfarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Übergewicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nerven-, Gemüts-, Geisteskrankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Epilepsie (Krampfanfälle)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gallen-, Nieren-, Blasensteine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krebs (einschl. Brustkrebs)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suchtkrankheiten (Alkohol, Drogen, Medikamente, Arbeit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere Krankheiten wenn ja, welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Was Sie mir noch sagen möchten:

Aktuelle Medikamente: _____

Unterschrift: _____
(bei Kindern: Erziehungsberechtigte/r)

Herzlichen Dank für Ihr Mitwirken.