

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: _____
Krankenkasse: _____

1. Warum kommen Sie heute zum Arzt?

Arztstempel:

2. Hatten Sie eine der folgenden Krankheiten?

	<u>ja</u>	<u>nein</u>	<u>Jahr</u>
Tuberkulose (Tbc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lungenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Rippenfellentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Asthma, Heuschnupfen, Juckreiz	<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"/>	_____
Ohrgeräusche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nervöse Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Epilepsie (Fallsucht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzanfall (Angina pectoris)	<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"/>	_____
Gelbsucht, Leberkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gallensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nieren- oder Blasenentzündungen	<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 Unterleibsorgane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fettstoffwechselkrankheiten (Cholesterien, Triglyceride)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gelenkrheumatismus mit Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Anderer Krankheiten der Gelenke oder Wirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blutarmut, Blutkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schilddrüsenerkrankungen (Kropf)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Grüner Star (Glaukom) oder Grauer Star	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Anderer Krankheiten (keine Operationen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Wenn ja, welche?	_____		

3. Haben Sie folgende Beschwerden?

	<u>ja</u>	<u>nein</u>	<u>Jahr</u>
Häufiger Schnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fehlsichtigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schwerhörigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Übelkeit, Brechreiz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Juckreiz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ermüdbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzklopfen, auch ohne Belastung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Brennen hinter dem Brustbein	<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"/>	_____
Schmerzhaftes Schlucken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schweißausbrüche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Starke Ängste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Unklare Fieberschübe (38-39°C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Benommenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Häufig blaue Lippen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Zunehmende Hautblässe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

4. Wurden folgende diagnostischen Maßnahmen durchgeführt?

	<u>ja</u>	<u>nein</u>	<u>Jahr</u>
Röntgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<u>Welche Aufnahmen?</u>			

EKG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Belastungs-EKG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Langzeit-EKG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ultraschall des Bauches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blutanalyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Urinanalyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
EEG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Waren Sie in den letzten 12 Monaten in den Mittelmeerländern oder Tropen? _____

5. Wurden folgende Therapien/Maßnahmen durchgeführt?

	<u>ja</u>	<u>nein</u>	<u>Jahr</u>
Medikamentöse Therapien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Welche?			
Bestrahlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Chemotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kur/Urlaub	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Andere Klinikbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Welche?			

6. Wurden sie schon einmal operiert?

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"/>	_____
Blase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gefäße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Frauenkrankheiten	<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?			

7. Sonstige Fragen zur Person

Haben Sie guten Appetit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Haben Sie starken Durst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schlafen sie schlecht ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schlafen Sie schlecht durch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schwitzen sie rasch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Trinken Sie regelmäßig Alkohol? (Bier, Wein, Schnaps)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Menge pro Tag:			_____
Rauchen Sie? (Zigaretten, Zigarre, Pfeife)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Menge pro Tag			_____
Nehmen sie regelmäßig Medikamente ein? (Abführ-, Beruhigungs-, Schlaf- oder Kopfschmerzmittel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Welche? Menge pro Tag:			

Sind bei ihnen Allergien bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Welche?			

Ort, Datum

	<u>ja</u>	<u>nein</u>	<u>Jahr</u>
Nehmen oder nahmen Sie die Pille?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Wächst Ihnen alles über den Kopf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fühlen Sie sich häufig einsam?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sind Sie häufig bedrückt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Haben sie Schwierigkeiten in der Familie oder in der Nachbarschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sind sie mit Ihrer derzeitigen Tätigkeit unzufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Haben Sie andere Sorgen oder Schwierigkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Machen sie sich Sorgen um Ihre Zukunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nehmen oder nahmen sie Drogen? (Hasch, LSD, Morphinum oder andere)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Welche?			

Menge pro Tag:
Treiben Sie weniger als zweimal wöchentlich Sport? _____

8. Sind in Ihrer Familie oder Verwandtschaft folgende Krankheiten aufgetreten?

	Groß-			
	Vater	Mutter	eltern	Kinder
Kreberkrankungen				
Hoher Blutdruck				
Schlaganfall				
Herzinfarkt				
Übergewicht				
Zuckerkrankheit / Diabetes				
Gicht				
Nervenkrankheiten				
Epilepsie (Fallsucht)				
Tuberkolose (Tbc)				
Gallen-, Nieren- oder Blasensteine				

9. Wann war Ihre letzte Impfung?

	<u>Jahr</u>
Tetanus	_____
Diphtherie	_____
Polio	_____
FSME (Zeckenimpfung)	_____
Sonstige:	_____

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

	<u>ja</u>	<u>nein</u>
alle erforderlichen Termine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impfungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Check-up	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebsvorsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bitte informieren Sie mich		
Telefonisch	_____	
Schriftlich	_____	
SMS	_____	
Mail	_____	

Unterschrift