

Patienten-Fragebogen

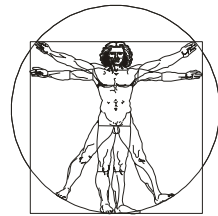
Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Die Angaben zu Ihrer Person und Krankengeschichte auf diesem Fragebogen dienen der Klärung Ihres Krankheits- oder Beschwerdebildes. Eine möglichst vollständige Beantwortung, um die wir Sie bitten, ist in Ihrem Interesse.

Zudem wird hiermit Zeit gewonnen, die für ein Gespräch oder eine notwendige Untersuchung genutzt werden kann.

Bitte tragen Sie die notwendigen Angaben ein bzw. kreuzen Sie das zutreffende Kästchen deutlich an. Ihre Antworten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Vielen Dank für Ihre Mitwirkung!



Dr. med. Winfried Haupt
Internist & Hausarzt

Name	Vorname	Geburtsdatum
Größe <input type="text"/> cm	Gewicht <input type="text"/> kg	
Welchen Beruf haben Sie erlernt?		
Welche Tätigkeit üben Sie gegenwärtig aus?		
Familienstand	ledig <input type="checkbox"/>	verheiratet <input type="checkbox"/>
	getrennt lebend <input type="checkbox"/>	verwitwet <input type="checkbox"/>
Staatsangehörigkeit		

1. Jetzige Beschwerden, Gesundheitsstörungen

a) _____

	ja	nein	weiß nicht
b) Haben Sie Fieber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Haben Sie Kopfschmerzen/„Kopfdruck“?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Haben Sie Augenschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Haben Sie Halsschmerzen oder Schluckbeschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hatten Sie schon eine der folgenden Krankheiten?

2. Typhus/Paratyphus/Ruhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tuberkulose (Tbc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Grüner Star (Glaukom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Nasennebenhöhlenentzündungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Schilddrüsenkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Lungen-, Rippenfellentzündungen, länger dauernde Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Asthma, Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Allergische Reaktionen auf Medikamente, Lebensmittel u.a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Hoher Blutdruck (Hypertonie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Schlaganfall, Lähmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Andere Herz- oder Gefäßkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Krampfadern, Thrombosen, offene Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ja	nein	weiß nicht
15. Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwüre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Verstopfung, Durchfall, Blutbeimlagerungen im Stuhlgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Leberkrankheiten, Gelbsucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Gallensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Nieren-, Nierenbecken- oder Blasenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Nieren-, Harnleiter- oder Blasensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Krankheiten der Vorsteherdrüse (Prostata)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Schwierigkeiten beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Nächtliches Wasserlassen wenn ja, wie oft _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Krankheiten der weiblichen Unterleibsorgane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Erkrankungen der weiblichen Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Unregelmäßige Periode letzte Periode am _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Syphilis, Tripper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Nervöse Beschwerden, Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. „Hexenschuß“, Ischiasbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Krampfanfälle (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Hohe Blutfettwerte (z.B. Cholesterin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Gicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Gelenkrheumatismus (mit/ohne Fieber)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Gelenk- oder Wirbelsäulenkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Knochenbrüche, Unfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38. Zahnwurzel-, Kiefererkrankungen ja nein weiß nicht
39. Blutarmut, Blutkrankheiten
40. Krebserkrankungen
41. Andere Krankheiten wenn ja, welche:

Schwangerschaft

42. Sind sie schwanger?

Sonstige Fragen zur Krankengeschichte:

43. Leiden Sie an einer Sehhörung? ja nein
44. Wurden Sie schon operiert operiert? wenn ja, woran:

45. Wurden Sie schon einmal mit Radium oder Röntgenstrahlen behandelt? wenn ja, woran:

46. Wann war die letzte Röntgenuntersuchung?

47. Waren Sie in den letzten 12 Monaten in Mittelmeerländern, Asien oder den Tropen?

48. Nehmen oder nahmen Sie regelmäßig Medikamente (auch Abführ-, Beruhigungs-, Schlaf- oder Kopfschmerzmittel)? wenn ja, welche:

49. Nehmen oder nahmen Sie die Pille oder sonstige Hormonpräparate?

50. Trinken Sie regelmäßig alkoholische Getränke?

51. Rauchen Sie gewohnheitsmäßig?

Wenn ja, wieviel? _____

52. Haben Sie geraucht?

Wenn ja, bis wann? _____

53. Nehmen oder nahmen Sie Drogen? ja nein wenn ja, welche:

54. Treiben Sie weniger als zweimal wöchentlich Sport?

Fühlen Sie sich beeinträchtigt?

55. durch Lärm (Arbeitsplatz, Freizeit, Nachtruhe)

56. durch Staub, Rauch, Abgase (Arbeitsplatz, Wohnbereich)

57. durch Nacht- oder Schichtarbeit

Allgemeinbefinden:

58. Haben Sie innerhalb der letzten 12 Monate mehr als 5kg zugenommen?

59. Haben Sie innerhalb der letzten 12 Monate mehr als 5kg abgenommen?

60. Haben Sie auffallend großen Durst?

61. Schlafen Sie schlecht oder schlafen Sie schlecht ein?

62. Bedrückt Sie etwas ernstlich (beruflich, privat oder in der Partnerschaft)?

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten vorgekommen?

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

	Mutter	Vater	Großeltern	Geschwister
63. Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68. Nervenkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69. Suchtkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71. Andere Krankheiten wenn ja, welche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift