



FRAGEBOGEN ZUR KRANKHEITSVORGESCHICHTE

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
um uns ein umfassendes Bild über Ihre Erkrankung machen zu können und die optimale Behandlung für Sie zu finden, benötigen wir einige Angaben von Ihnen. Bitte füllen Sie den nachstehenden Fragebogen in Ruhe aus. Er liefert uns wichtige Informationen, die in unserem anschließenden Gespräch ergänzt und vertieft werden können.

Angaben zur Person

Name: _____ Vorname: _____
geb. am: _____ Größe in cm: _____ Gewicht in kg: _____
Telefon: _____ Mobil-Tel: _____
Adresse: _____
E-Mail-Adresse: _____ Krankenkasse: _____

Haben Sie jemals an einer der aufgeführten Erkrankung gelitten?

HNO-/Augenerkrankungen

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Grüner Star | <input type="checkbox"/> Nasenbluten |
| <input type="checkbox"/> Grauer Star | <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit |
| <input type="checkbox"/> Nasennebenhöhlenentzündung | <input type="checkbox"/> Sonstige: |

Lungenerkrankungen

- | | |
|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Lungenentzündung |
| <input type="checkbox"/> TBC | <input type="checkbox"/> Sonstige: |

Herzkrankungen

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Herzfehler | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Sonstige: |

Kreislauf-/Gefäßerkrankungen

- | | |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Thrombose |
| <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Embolie |
| <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen | <input type="checkbox"/> Sonstige: |

Erkrankungen des Bauchraums

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Magenschleimhautentzündung | <input type="checkbox"/> Gelbsucht / Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Magen- / Zwölffingerdarmgeschwür | <input type="checkbox"/> Gallensteine |
| <input type="checkbox"/> Darmentzündung | <input type="checkbox"/> Sonstige: |
| <input type="checkbox"/> Bauchspeicheldrüsenentzündung | |

Erkrankungen der Harnwege und Geschlechtsorgane

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nieren- / Blasensteine | <input type="checkbox"/> Unterleibserkrankung (Frauen) |
| <input type="checkbox"/> Prostataleiden | <input type="checkbox"/> Sonstige: |
| <input type="checkbox"/> Häufige Harnwegsinfekt | |

Allergien/Unverträglichkeiten

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kontrastmittel | <input type="checkbox"/> Heuschnupfen |
| <input type="checkbox"/> Penicillin | <input type="checkbox"/> Sonstige: |

Stoffwechselerkrankungen

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Gicht | <input type="checkbox"/> Sonstige: |

Sonstige Erkrankungen

■ **Sind in ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?**

- Hoher Blutdruck Zuckerkrankheit
 Thromboseneigung Krebserkrankung

■ **Notieren Sie bitte Ihre Krankenhausaufenthalte**

Warum? Wo? Wann?

■ **Welche Medikamente nehmen sie zur Zeit?**

Arzneimittel Dosierung [mg] Wie viel Mal täglich? Seit Wann?

■ **Nur für Patientinnen**

Wie viele Geburten hatten Sie?
In welchem Abstand haben Sie Ihre Regelblutungen? Alle Tage
Wie lange dauert Ihre Regelblutung? Tage
In welchem Alter haben Ihre Wechseljahre begonnen?

■ **Sind sie zurzeit in alternativmedizinischer Behandlung?**

- Nein
 Ja, Art der Behandlung:

■ **Geben Sie bitte Ihre Notfallkontaktperson inklusive Telefonnummer an**

Name, Vorname:
Telefon:

■ **Ihre Lebensumstände**

Welchen Beruf üben Sie zur Zeit aus bzw. haben Sie ausgeübt?
Leben Sie mit einem Partner/einer Partnerin zusammen? Ja Nein
Wie viele Kinder haben Sie? Geburtsjahre:
Trinken Sie Alkohol? Nein Ja; wenn ja, wie viel?
Rauchen Sie? Nein Ja; wenn ja, wie viel? In welchem Zeitraum?

■ Bitte nennen Sie uns ihren Hausarzt/Ihre Hausärztin bzw. denjenigen Arzt/Ärztin, der den Arztbrief erhalten soll

Hausarzt

Name:

Straße:

PLZ, Ort:

Weiterer Arzt

Name:

Straße:

PLZ, Ort:

■ Wie sind sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung durch

Hausarzt

Facharztpraxis:

Krankenhaus:

Bekannte/Familie/Freunde Internet Selbsthilfegruppe Terminservicestelle

Für den Fall einer ärztlichen Vertretung durch einen Kollegen/ eine Kollegin der Praxisgemeinschaft bzw. einer evtl. Praxisübergabe bin ich mit der Weitergabe meiner Daten an den dann tätigen bzw. den mit behandelnden Arzt einverstanden.

Ich bin auch damit einverstanden, dass mein Hausarzt bzw. vor-und mitbehandelnde Ärzte über meinen Krankheitsverlauf informiert werden.

Datum

Unterschrift des Patienten