

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 wichti-
ge 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 Erkrankungen gelitten?

HNO- / Augen-Erkrankungen

- | | |
|---|--|
| <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 _____ |

Lungen-Erkrankungen

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

Herz-Erkrankungen

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <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"/> Unterleibserkrankungen (Frauen) |
| <input type="checkbox"/> Prostataleiden | <input type="checkbox"/> Sonstige _____ |
| <input type="checkbox"/> Häufige Harnwegsinfekte | |

Allergien / Unverträglichkeiten

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kontrastmittel | <input type="checkbox"/> Heuschnupfen |
| <input type="checkbox"/> Penicillin | <input type="checkbox"/> örtliche Betäubung |

Stoffwechselerkrankungen

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Gicht | <input type="checkbox"/> Sonstige _____ |

Sonstige Erkrankungen

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bluterkrankungen, z.B. Blutarmut | <input type="checkbox"/> Nerven- / Gemütskrankungen |
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> Knochen- / Gelenkerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen | <input type="checkbox"/> anerkannte Berufserkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | |

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

- Hoher Blutdruck
- Thromboseneigung

- Zuckerkrankheit (Diabetes)
- Krebserkrankungen

■ **Notieren Sie bitte Ihre Krankenhausaufenthalte**

Warum?	Wo?	Wann?

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

Arzneimittel	Dosierung (in mg)	Wie viel Mal täglich?	Seit wann?

■ **Nur für Patientinnen**

Wie viele Geburten hatten Sie? _____
In welchem Abstand haben Sie Ihre Regelblutung? 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 _____

■ Ihre Lebensumstände

Welchen Beruf üben Sie zurzeit 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, Wohnort _____

Weiterer Arzt

Name _____

Straße _____

PLZ, Wohnort _____

■ Wie sind Sie krankenversichert?

- gesetzlich versichert
- gesetzlich versichert mit Krankenhauszusatzversicherung
- privat versichert
- privat versichert und beihilfeberechtigt
- berufsgenossenschaftlich versichert
- Sonstiges

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

Datum _____ Unterschrift des Patienten _____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!