

Liebe Patientin, lieber Patient, herzlich willkommen in meiner Praxis.
Bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen sorgfältig und vollständig aus. Er dient dazu Ihre Krankengeschichte umfassend zu erheben, und die anschließende gründliche Untersuchung zu erleichtern.



Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße	Hausnummer	Beruf
PLZ	Wohnort	Familienstand

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden? Freunde/ Bekannte Internet sonstige

MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE

Wegen welcher Beschwerden, haben Sie meine Praxis aufgesucht?

Welche Vorerkrankungen haben Sie?

Wurden Sie schon mal operiert?

Ja Nein

Falls ja, geben Sie bitte den Zeitpunkt und die OP an

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?

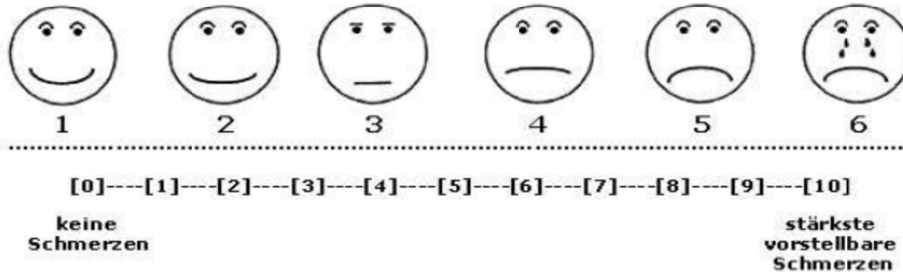
SCHMERZANAMNESE

Haben Sie Schmerzen? Ja Nein

Falls ja, wo haben Sie Schmerzen?

Seit wann haben Sie die Schmerzen, gab es einen bestimmten Auslöser? Ja Nein

Wie stark ist der Schmerz? Bitte markieren Sie Schmerzintensität:



Wie ist der Schmerzcharakter (hell stechender oder dumpf bohrender Schmerz)

Wie ist der Ablauf (was verbessert, was verschlimmert), bestimmte Tageszeiten

FAMILIENANAMNESE

Welche Erkrankungen traten in Ihrer Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister) gehäuft auf? (z.B. Diabetes mellitus, Krebs, Herz - Kreislauf - Erkrankungen)

SOZIALANAMNESE

Haben Sie Freunde? Ja Nein

Welche Hobbys haben Sie?

Haben Sie Haustiere, wenn ja welche? Ja Nein

Reisen Sie gerne? Ja Nein

Wann war Ihre letzte Reise, wo ging sie hin?

Sind Sie gut in Ihre Familie integriert? Ja Nein

Wie sind ihre Wohnverhältnisse?

Sind Sie am Arbeitsplatz besonderen Belastungen ausgesetzt (z.B. Mobbing)? Ja Nein

Sind Sie am Arbeitsplatz bestimmten Schadstoffen ausgesetzt? Ja Nein

ALLGEMEINE LEBENSFÜHRUNG

Wie viel Alkohol trinken Sie durchschnittlich, täglich?

Welche Sorte Alkohol?

Rauchen Sie? Ja Nein

Falls ja, wieviel Zigaretten rauchen Sie durchschnittlich täglich?

Seit welchem Lebensalter?

Bitte geben Sie Größe und Gewicht an:

Hat sich in letzter Zeit Ihr Körpergewicht verändert? Nein

Falls ja wieviel kg? Zunahme

Abnahme

Ist Ihr Schlaf erholsam? Ja Nein

Leiden Sie an Ein- oder Durchschlafschwierigkeiten? Ja Nein

Falls ja, wie lange liegen Sie wach?

Was machen Sie, wenn Sie nicht schlafen können?

Haben Sie große Sorgen? Ja Nein

Sind Sie nervös? Ja Nein

Leiden Sie unter psychischen Problemen, wie z.B. Zwängen? Ja Nein

Haben Sie auffallend viel Durst? Ja Nein

Wieviel trinken Sie täglich und was?

Leiden Sie zurzeit oder sonst öfter unter Fieber? Ja Nein

Schwitzen Sie viel? Ja Nein

ALLERGIEN

Sind Ihnen Allergien gegen Medikamente bekannt? Ja Nein

Falls ja, welche?

Bestehen Allergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten gegen bestimmte Substanzen wie Fisch, Eier, Milch, Glutamat, Laktose? Ja Nein

Sind sonstige Allergien bekannt? Ja Nein

KOPFBEREICH

Hatten Sie schon einmal eine Kopfverletzung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Schwindel?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Ohnmachtsanfällen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter epileptischen Anfällen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Falls ja, wann war der letzte Anfall?	
Leiden Sie unter Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Probleme mit den Augen? Falls ja, welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Probleme mit dem Hören?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Ohrenschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Fließt manchmal ein Sekret aus dem Ohr?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie häufig oder langanhaltend Schnupfen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bekommen Sie schlecht Luft durch die Nase?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie häufig an Nasenbluten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Haarausfall?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie besondere Beschwerden im Lippen - Mund - Kiefer - Bereich? Falls ja, welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

HALSBEREICH

Haben Sie Halsschmerzen, bzw. Schmerzen beim Schlucken?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter einem Kloßgefühl im Hals?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Sodbrennen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie eine Vergrößerung der Schilddrüse bei sich festgestellt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Heiserkeit? Falls ja, wie lange?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

BRUSTBEREICH

Leiden Sie unter Husten? Falls ja, seit wann?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Blut im Auswurf bemerkt? Wie ist der Auswurf beschaffen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Atemnot?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wann tritt die Atemnot auf?	<input type="checkbox"/> In Ruhe <input type="checkbox"/> Bei Belastung <input type="checkbox"/> Ständig

Haben Sie Asthma - bronchiale - Anfälle?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie ein Druckgefühl oder Schmerzen in der Herzgegend?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Herzjagen oder Herzstolpern?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie (manchmal) das Gefühl, dass Ihnen das Essen in der Speiseröhre stecken bleibt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Rückenschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

BAUCHBEREICH

Leiden Sie unter Bauchschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Beschwerden während oder nach dem Essen? Falls ja, welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie eine Unverträglichkeit von fetten, scharfen oder rohen Speisen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Verspüren Sie in letzter Zeit eine Abneigung gegen Fleisch?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Übelkeit oder Erbrechen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Beschwerden mit dem Stuhlgang wie z.B. Verstopfung, Durchfall oder Schmerzen? Welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind Ihnen Veränderungen in der Beschaffenheit, Menge oder Farbe des Stuhles aufgefallen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Blut im Stuhl bemerkt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wie sieht das Blut aus?	<input type="checkbox"/> Hell <input type="checkbox"/> Dunkel

ARME UND HÄNDE

Haben Sie steife oder geschwollene Gelenke?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schlafen Ihnen (nachts) die Hände ein?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie an Durchblutungsstörungen der Hände?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zittern Ihre Hände (manchmal)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie (manchmal) Gefühlsstörungen in den Armen oder Händen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

BEINE UND FÜßE

Leiden Sie unter Krampfadern?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Treten nachts Wadenkrämpfe auf?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schmerzen in Beinen oder Füßen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Müssen Sie nach dem Gehen einer bestimmten Wegstrecke schmerzbedingt stehen bleiben?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind Ihre Beine oder Füße manchmal geschwollen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Schmerzen in der Hüfte, in den Knien, Fußgelenken?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Haben Sie Gefühlsstörungen in den Beinen oder Füßen? Ja Nein

HARN - UND GESCHLECHTSORGANE

Haben Sie Schmerzen in der Nierengegend? Ja Nein

Haben Sie Schmerzen beim Wasserlassen? Ja Nein

Sind Veränderungen der Harnmenge oder Harnfarbe aufgetreten? Ja Nein

Haben Sie Blut im Urin festgestellt? Ja Nein

Haben Sie Schwierigkeiten den Urin willentlich zurückzuhalten? Ja Nein

Haben Sie eine Abschwächung des Harnstrahls festgestellt? Ja Nein

Müssen Sie nachts regelmäßig raus um Wasser zu lassen?
Falls ja, wie oft? Ja Nein

Tritt ein Sekret aus der Harnröhre aus? Ja Nein

GYNÄKOLOGISCHE ANAMNESE DER FRAU

In welchem Alter trat die erste Regelblutung auf?

Wann trat die letzte Regelblutung auf (Menopause)?

Wie lange ist die Zyklusdauer?

Wie ist die Blutungsstärke? Schwach
 Normal
 Stark

Treten Beschwerden im Zusammenhang mit der Regelblutung auf? Ja Nein

Tritt ein Sekret aus der Scheide aus? Ja Nein

Haben Sie Beschwerden im Bereich der Brüste? Ja Nein

Haben Sie Verhärtungen der Brust festgestellt? Ja Nein

Tritt Flüssigkeit aus der Brust aus? Ja Nein

Gehen sie regelmäßig zur Krebsvorsorge?
Wann war die letzte Krebsvorsorge? Ja Nein

HAUT

Leiden Sie unter Hautveränderungen? Ja Nein

Leiden Sie unter Hautjucken? Ja Nein

Treten in letzter Zeit schnell blaue Flecken auf? Ja Nein

Heilen bei Ihnen Hautwunden schlecht aus? Ja Nein

SONSTIGES:
