

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die nachfolgenden Fragen betreffen Ihre Person und Ihre medizinische Vorgeschichte. Sie dienen der Klärung Ihres Krankheits- oder Beschwerdebildes und erleichtern unser anschließendes Gespräch. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

<p>Name, Vorname: _____</p> <p>Geburtsdatum: _____</p> <p>Familienstand: _____</p> <p>ggf. Alter der Kinder: _____</p> <p>bisher ausgeübte Berufe/Tätigkeiten: _____</p>	<p>bisheriger Hausarzt: _____</p> <p>Sonstige Fachärzte: _____</p> <p>_____</p> <p>Letzter Check up (Monat/Jahr): _____ <small>(hausärztliche Gesundheitsuntersuchung mit Labor Cholesterin, Blutzucker, etc.)</small></p> <p>Letzte Hautkrebsvorsorge: _____ <small>(Monat/Jahr)</small></p>
<p><u>Haben/Hatten Sie eine der folgenden Krankheiten?</u></p> <p><input type="checkbox"/> Tuberkulose</p> <p><input type="checkbox"/> Lungenentzündung</p> <p><input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Heuschnupfen</p> <p><input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck</p> <p><input type="checkbox"/> Schwindel</p> <p><input type="checkbox"/> Schlaganfall, Lähmungen</p> <p><input type="checkbox"/> Herzanfall</p> <p><input type="checkbox"/> Herzinfarkt</p> <p><input type="checkbox"/> Thrombose <input type="checkbox"/> Krampfadern</p> <p><input type="checkbox"/> Magengeschwür</p> <p><input type="checkbox"/> Leberkrankheiten <input type="checkbox"/> Gelbsucht</p> <p><input type="checkbox"/> Gallensteine</p> <p><input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen <input type="checkbox"/> Blasenerkrankungen</p> <p><input type="checkbox"/> Prostataerkrankung</p> <p><input type="checkbox"/> Krankheiten der weiblichen Unterleibsorgane</p> <p><input type="checkbox"/> Gichtanfall</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes/Zuckerkrankheit</p> <p><input type="checkbox"/> Fettstoffwechselkrankheiten</p> <p><input type="checkbox"/> Gelenkrheumatismus</p> <p><input type="checkbox"/> Krankheiten der Wirbelsäule</p> <p><input type="checkbox"/> Blutarmut, Blutkrankheiten</p> <p><input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen</p> <p><input type="checkbox"/> andere Krankheiten, welche:</p>	<p><u>Haben Sie folgende Beschwerden?</u></p> <p><input type="checkbox"/> häufig Schnupfen (wie oft im Jahr?)</p> <p><input type="checkbox"/> Fehlsichtigkeit</p> <p><input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit</p> <p><input type="checkbox"/> Schwindel</p> <p><input type="checkbox"/> Übelkeit, Brechreiz</p> <p><input type="checkbox"/> Juckreiz</p> <p><input type="checkbox"/> Atemnot</p> <p><input type="checkbox"/> Ermüdbarkeit</p> <p><input type="checkbox"/> Herzklopfen</p> <p><input type="checkbox"/> Brennen hinter dem Brustbein</p> <p><input type="checkbox"/> Stiche hinter dem Schulterblatt</p> <p><input type="checkbox"/> Ziehen im linken Arm</p> <p><input type="checkbox"/> Schmerzhaftes Schlucken</p> <p><input type="checkbox"/> Schweißausbrüche</p> <p><input type="checkbox"/> unklares Fieber</p> <p><input type="checkbox"/> Benommenheit</p> <p><input type="checkbox"/> häufig blaue Lippen</p> <p><input type="checkbox"/> zunehmende Hautblässe</p> <p><input type="checkbox"/> Gewichtszunahme <input type="checkbox"/> Gewichtsabnahme <small>(ca. wieviel kg in welcher Zeit?)</small></p> <p><input type="checkbox"/> Durchfälle</p> <p><input type="checkbox"/> Verstopfung</p>
<p><u>In welchem Jahr wurde diese Diagnostik wurde zuletzt durchgeführt?</u></p> <p><input type="checkbox"/> EKG</p> <p><input type="checkbox"/> Belastungs- EKG</p> <p><input type="checkbox"/> Langzeit-EKG</p> <p><input type="checkbox"/> Ultraschall</p> <p><input type="checkbox"/> Urin</p> <p><input type="checkbox"/> Magenspiegelung</p> <p><input type="checkbox"/> Darmspiegelung</p> <p><input type="checkbox"/> Röntgen (welches Organ?)</p>	<p><u>Welche Therapien wurden bisher durchgeführt?</u> <small>(ggf. wann und warum?)</small></p> <p><input type="checkbox"/> Psychotherapie/Gesprächstherapie</p> <p><input type="checkbox"/> Reha</p> <p><input type="checkbox"/> stationäre Behandlungen</p> <p><input type="checkbox"/> Bestrahlung/Chemotherapie</p>

Sonstige Fragen zur Person:

- Haben Sie guten Appetit? Ja Nein
- Sind Sie Vegetarier/Veganer? Ja Nein
- Haben Sie extrem starken Durst? Ja Nein
- Schlafen Sie schlecht ein/durch? Ja Nein
- Schnarchen Sie? Ja Nein
- Dabei Atemaussetzer? Ja Nein
- Schwitzen Sie nachts extrem stark? Ja Nein
- Sind Sie morgens oft nicht erholt? Ja Nein
- Rauchen Sie? (Wenn ja, wie viel pro Tag) Ja Nein

Pro Woche konsumieren Sie im Schnitt wie viele

- Flaschen Bier:
- Glas Wein oder Sekt:
- Schnäpse/höherprozentiges:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente zur Beruhigung,

- Schlaf- oder Kopfschmerzmittel? Ja Nein
- Nehmen oder nahmen Sie Drogen? Ja Nein
- Nehmen/Nahmen Sie die Pille? Ja Nein

Sind Allergien bekannt? Ja Nein
Wenn ja, welche?

- Wächst Ihnen alles über den Kopf? Ja Nein
- Fühlen Sie sich häufig einsam? Ja Nein
- Sind Sie häufig bedrückt? Ja Nein
- Haben Sie starke Ängste? Ja Nein
- Schwierigkeiten in der Familie? Ja Nein
- Zufrieden mit Ihrer Tätigkeit? Ja Nein
- Sorgen oder Schwierigkeiten? Ja Nein
- Zukunftssorgen? Ja Nein

Sind Sie Blutspender? (wann zuletzt?) Ja Nein
Treiben Sie Sport? Ja Nein
(Wenn ja, welchen und wie oft?)

Vorerkrankungen in der Familie

(ggf. ankreuzen)

	Vater	Mutter	Opa/ Oma	Bruder/ Schwester	Kind
Krebs (welcher?)					
Bluthochdruck					
Schlaganfall					
Herzinfarkt					
Lungenembolie					
Thrombosen					
Übergewicht					
Diabetes					
Gichtanfall					
Nervenleiden					
Epilepsie					
Tuberkulose					
Gallen- oder Nierensteine					

Wann war Ihre letzte Impfung gegen? Jahr

- Tetanus _____
- Diphtherie _____
- Kinderlähmung/Polio _____
- Keuchhusten/Pertussis _____

- FSME (Zeckenimpfung) _____
- Pneumokokken _____
- Grippe _____
- Gürtelrose/Zoster _____
- sonstige: _____

Nehmen Sie Medikamente ein ?

(am besten den letzten Medikamentenplan mitbringen)

Name:	Wieviel?	Seit?
z.B. ASS 100	z.B. 1-0-0-0	z.B. 2017

Wurden Sie schon einmal operiert?

Was? Wann?

Covid 19 Fragen:

Erkrankung überstanden? (PCR oder Schnelltest positiv)
(Monat/Jahr):

Wie oft geimpft?

Probleme nach Infektion oder Impfung?