

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die nachfolgenden Fragen betreffen Ihre Person und Ihre Krankenvorgeschichte. 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>Beruf: _____</p> <p>Familienstand: _____</p> <p>bisheriger Hausarzt: _____</p>	<p>Letzter Check up (Monat/Jahr): _____ (hausärztliche Gesundheitsuntersuchung mit Labor)</p> <p>Letzte Hautkrebsuntersuchung: _____ (Monat/Jahr)</p> <p>Sonstige Fachärzte: _____</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"/> Gicht</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>_____</p>	<p><u>Haben Sie folgende Beschwerden?</u></p> <p><input type="checkbox"/> häufig Schnupfen</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</p> <p><input type="checkbox"/> Durchfälle</p> <p><input type="checkbox"/> Verstopfung</p>
<p><u>Welche Diagnostik wurden bisher durchgeführt?</u></p> <p><input type="checkbox"/> EKG (Jahr: _____)</p> <p><input type="checkbox"/> Belastungs- EKG (Jahr: _____)</p> <p><input type="checkbox"/> Langzeit-EKG (Jahr: _____)</p> <p><input type="checkbox"/> Ultraschall (Jahr: _____)</p> <p><input type="checkbox"/> Blutabnahme (Jahr: _____)</p> <p><input type="checkbox"/> Urin (Jahr: _____)</p> <p><input type="checkbox"/> Magenspiegelung (Jahr: _____)</p> <p><input type="checkbox"/> Darmspiegelung (Jahr: _____)</p> <p><input type="checkbox"/> Röntgen (Organ/Jahr):</p>	<p><u>Welche Therapien wurden bisher durchgeführt?</u></p> <p><input type="checkbox"/> Psychotherapie</p> <p><input type="checkbox"/> Reha</p> <p><input type="checkbox"/> stationäre Behandlungen</p> <p><input type="checkbox"/> Bestrahlung/Chemotherapie</p> <p>ggf. wann und warum?</p>

Sonstige Fragen zur Person:

Haben Sie guten Appetit? Ja Nein
 Haben Sie starken Durst? Ja Nein
 Schlafen Sie schlecht ein/durch? Ja Nein
 Schwitzen Sie rasch? Ja Nein

Rauchen Sie? Ja Nein

Wenn ja, wie viel pro Tag:
 Pro Woche konsumieren Sie wie viele
 Flaschen Bier: _____
 Glas Wein oder Sekt: _____
 Schnäpse/höher prozentiges: _____
 Nehmen Sie regelmäßig Medikamente zur Beruhigung,
 Schlaf- oder Kopfschmerzmittel? Ja Nein

Schnarchen Sie? Ja Nein
 Sind Allergien bekannt? Ja Nein
 Wenn ja, welche?

Nehmen/Nahmen Sie die Pille? Ja Nein
 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
 Nehmen oder nahmen Sie Drogen? Ja Nein
 Treiben Sie Sport? Ja Nein
 Wenn ja, welchen und wie oft?

Vorerkrankungen Familie/Verwandtschaft

	Vater	Mutter	Opa	Oma	Kind
Krebs					
Bluthochdruck					
Schlaganfall					
Herzinfarkt					
Thrombosen					
Übergewicht					
Diabetes					
Gicht					
Nervenleiden					
Epilepsie					
Tuberkulose					
Gallen-, Nieren-, Blasensteine					

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 pos) wann: _____

1. Impfung mit _____ wann: _____

2. Impfung mit _____ wann: _____

3. Impfung mit _____ wann: _____

Probleme nach Infektion oder Impfung?