



Anamnese-Fragebogen

Vorname:

Nachname:

Straße

Nr.

PLZ

Ort

Telefon

Mobil

E-Mail-Adresse

Geburtstag

Geburtsort

Körpergröße in cm

Gewicht

Beruf

ÄRZTLICHE FRAGEN ZUR KRANKENVORGESCHICHTE

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Die Angaben zu Ihrer Person und Krankenvorgeschichte auf diesem Patientenfragebogen (einschließlich der Angaben oben, rechts und auf der Rückseite) dienen der Klärung Ihres Krankheits- oder Beschwerdebildes. Eine möglichst vollständige Beantwortung der Fragen, um die wir Sie bitten, ist in Ihrem Interesse. Zudem wird hiermit Zeit gewonnen, die für ein Gespräch oder eine notwendige Untersuchung sinnvoll genutzt werden kann.

Bitte, kreuzen Sie das jeweils zutreffende Kästchen deutlich an.

Ihre Antworten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Vielen Dank für Ihre Mitwirkung!

1. Jetzige Beschwerden, Gesundheitsstörungen:

a) _____

	ja	nein	weiß nicht
b) Haben Sie Fieber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Leiden Sie an Kopfschmerzen? (auch Druckgefühl im Kopf)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Haben Sie Augenschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Haben Sie Halsschmerzen oder Schluckbeschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hatten Sie schon eine der folgenden Krankheiten?

2. Typhus/Paratyphus/Ruhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tuberkulose (Tbc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Grüner Star, Glaukom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Nasen-Nebenhöhlenentzündungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Schilddrüsenkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Lungen-, Rippenfellentzündung länger dauernde Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Asthma, Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Allergische Reaktionen, wie Unverträglichkeit von Medikamenten oder Staub, Eiweiß etc. (z.B. Penicillin oder Röntgenkontrastmittel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Schlaganfall, Lähmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Andere Herzkrankheiten oder Gefäßleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Krampfadern, Hämorrhoiden, Thrombose, offene Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Verstopfung, Durchfall, Blutbeimlagerungen im Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Gelbsucht, Leberkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Gallensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Nieren-, Nierenbecken, oder Blasenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ja	nein	weiß nicht
20. Nieren-, Harnleiter- oder Blasensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Krankheiten der Vorsteherdrüse (Prostata)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Schwierigkeiten beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Nächtliches Wasserlassen, wenn ja, wie oft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Krankheiten der weiblichen Unterleibsorgane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Erkrankungen der weibl. Brüste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Unregelmäßige Periode Letzte Periode am _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Syphilis, Tripper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Nervöse Beschwerden, Nervenzusammenbruch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Wiederholter Hexenschuß oder Ischiasbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Epilepsie (Krampfanfälle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Hypercholesterinämie (erhöhter Cholesteringehalt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Gicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. a) Gelenkrheumatismus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. b) mit Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Andere Krankheiten der Gelenke oder der Wirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Knochenbrüche, Unfälle, Kriegsverletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Zahnwurzel-/Kiefererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Blutarmut, Blutkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Krebs (einschl. Blutkrebs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Andere Krankheiten Wenn ja, welche? _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ja	nein	weiß nicht
Schwangerschaft:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte wenden!

Sonstige Fragen zur Krankengeschichte: ja nein

43. Leiden Sie an einer Sehstörung? ja nein

44. Wurden Sie schon mal operiert/mehrfach operiert? ja nein

Wenn ja, woran?

45. Wurden Sie schon einmal mit Radium oder Röntgenstrahlen behandelt? ja nein
Wenn ja, woran?

46. Wann war die letzte Röntgenuntersuchung?

47. Waren Sie in den letzten 12 Monaten in Mittelmeerländern, in Asien oder in den Tropen? ja nein

48. Nehmen oder nahmen Sie regelmäßig Medikamente (auch Abführ-, Beruhigungs-, Schlaf oder Kopfschmerzmittel)? Wenn ja, welche? ja nein

49. Nehmen oder nahmen Sie die Pille oder sonstige Hormonpräparate? ja nein

50. Trinken Sie regelmäßig alkoholische Getränke? ja nein

51. Rauchen Sie gewohnheitsmäßig? Wenn ja, wieviel? ja nein

52. Haben Sie geraucht? ja nein

53. Nehmen oder nahmen Sie Drogen? Wenn ja, welche? ja nein

54. Treiben Sie weniger als zweimal wöchentlich Sport? ja nein

Fühlen Sie sich in Ihrer Gesundheit beeinträchtigt?

55. durch Lärm (Arbeitsplatz, Freizeit, Nachtruhe) ja nein

56. durch Staub/Rauch/Abgase (Arbeitsplatz, Wohnbereich) ja nein

57. durch Schichtarbeit ja nein

Vielen Dank für Ihre Mitwirkung!

Allgemeinbefinden: ja nein

58. Haben Sie innerhalb der letzten 12 Monate mehr als 5 kg zugenommen? ja nein

59. Haben Sie innerhalb der letzten 12 Monate mehr als 5 kg abgenommen? ja nein

60. Haben Sie auffallend großen Durst? ja nein

61. Schlafen Sie schlecht oder schlafen Sie schlecht ein? ja nein

62. Bedrückt Sie etwas ernstes (beruflich, privat oder in der Partnerschaft)? ja nein

63. Leiden Sie an einer Neurose oder anderen nervösen Beschwerden? ja nein

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten vorgekommen? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

	Vater	Mutter	Groß- eltern	Kinder eltern
64. Hoher Blutdruck, Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. Übergewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. Zuckerkrankheiten (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68. Gicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69. Nerven-, Gemüts-, Geistes- krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. Epilepsie(Krampfanfälle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71. Tuberkulose (Tbc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72. Gallensteine, Nierensteine, Blasensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73. Krebs (einschl. Blutkrebs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74. Suchtkrankheiten (Alkohol, Medikamente, Drogen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75. Andere Krankheiten (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ja nein

76. Sind chronische Erkrankungen in der Familie bekannt? Wenn ja, welche? ja nein

Datum/Unterschrift
