



Patientenfragebogen zur Krankenvorgeschichte

Name _____ Vorname _____ Geb.Datum _____

Telefon mobil _____ Festnetz _____

E-Mail _____ Beruf _____

Gibt es bei Ihnen eine/mehrere der folgenden Erkrankungen?

<input type="radio"/> Bluthochdruck	<input type="radio"/> Herzinfarkt
<input type="radio"/> Herzerkrankung	<input type="radio"/> Zuckerkrankheit
<input type="radio"/> Erhöhte Blutfette	<input type="radio"/> Rheuma
<input type="radio"/> Hepatitis	<input type="radio"/> HIV
<input type="radio"/> COPD	<input type="radio"/> Asthma
<input type="radio"/> Thrombose	<input type="radio"/> Lungenembolie
<input type="radio"/> Hauterkrankungen	<input type="radio"/> Osteoporose
<input type="radio"/> Depression	<input type="radio"/> Neurologische Erkrankungen
<input type="radio"/> Schlaganfall	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Durchblutungsstörungen	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Gicht	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Epilepsie	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Magen/Darm Erkrankungen	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Migräne	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hatten Sie schon Operationen? Was wurde operiert?

<input type="checkbox"/>	Bauch/Unterleib/Prostata
<input type="checkbox"/>	Brust/Herz
<input type="checkbox"/>	Arme/Beine
<input type="checkbox"/>	Wirbelsäule
<input type="checkbox"/>	

Wurde bei Ihnen eine der folgenden Untersuchungen durchgeführt? Wenn ja wann?

<input type="checkbox"/>	Darmspiegelung
<input type="checkbox"/>	Magenspiegelung
<input type="checkbox"/>	Herzkatheter
<input type="checkbox"/>	Mammographie
<input type="checkbox"/>	

Sind Sie Schwanger? 0 Ja (in welcher Woche? _____) 0 Nein

Haben Sie Kinder?

<input type="checkbox"/>	Ja, Alter: _____
<input type="checkbox"/>	Nein

Rauchen Sie?

Ja, wieviel:		Nein noch nie
Nicht mehr seit:		

Trinken Sie Alkohol?

ja, regelmäßig, wieviel:	pro Tag, was:
gelegentlich	
gar nicht	
trockener Alkoholiker seit:	

Welche Medikamente nehmen Sie ein, in welcher Dosierung (mg?) und wie oft?

Bitte nennen Sie alle Einnahmen z.B. Bedarfsmedikation, Sprays, Tropfen, pflanzliche Präparate, Schlafmittel oder Nahrungsergänzungsmittel.

Gibt es Allergien oder Unverträglichkeiten?

z.B. Medikamente, Nahrungsmittel, ... etc

Befinden Sie sich aktuell in weiterer ärztlicher Behandlung?

Wenn ja, warum und welcher Arzt /Fachrichtung?

Hier ist Platz für Informationen, die sie persönlich für wichtig erachten:

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Datum:

Unterschrift des Patienten