



### 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