

Ärztliche Fragen zur Krankenvorgeschichte

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bitte füllen Sie den Fragebogen gewissenhaft und möglichst vollständig aus. Er dient zur besseren Krankheitsfindung und um Zeit zu gewinnen. Zeit, die für eine notwendige Untersuchung besser verwendet wird.

Bitte kreuzen Sie das jeweils zutreffende Kästchen deutlich an. Ihre Antworten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Weshalb/wegen welcher Beschwerden suchen Sie heute unsere Praxis auf?

Was machen Sie derzeit beruflich/eventl. körperliche Belastung?

Hatten/haben Sie folgende Krankheiten

Ja Nein Weiß nicht

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Allergische Reaktionen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. (allerg.) Asthma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Schlaganfall/Lähmungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Erhöhter Blutdruck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Andere Herzkrankheiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Krampfadern/Gefäßleiden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Magen-Darm-Geschwüre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Hautkrankheiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ggf. insulinpflichtig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 11. Gicht/Harnsäureerhöhung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. nervenärztlich/psychiatrische Behandlung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Epilepsie/Anfallsleiden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Rheuma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Bek. Wirbelsäulen-/Gelenk-/Muskelleiden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Krankheiten der Wirbelsäule/Gelenke/Muskeln | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Knochenbrüche/Unfälle/größere Verletzungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Sonstige Krankheiten/Operationen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Was? Bitte ggf. mit Jahr benennen:

19. Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja: welche und wie oft?

20. Drogenabhängigkeit/Alkoholismus

21. Nikotinkonsum

22. Gibt es Röntgenuntersuchungen/CT/MRT der betreffenden Körperregion? Ggf. von wann?

Jena, den

Name, Vorname (bitte lesbar)

Unterschrift (ggf. des Bevollmächtigten)

Geb.-Datum: