



Ärztliche Fragen zur Krankenvorgeschichte und zu den jetzigen Beschwerden

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

vor Beginn der Untersuchung möchten wir Ihnen ein paar allgemeine Fragen stellen.
Wir bitten Sie, die nachfolgenden Fragen sorgfältig und gewissenhaft zu beantworten.
Dieser Fragebogen kann natürlich das persönliche Gespräch nicht ersetzen, es jedoch
wesentlich erleichtern.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum & -ort: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg Geschlecht: w m

Beruf: _____ Krankenkasse: _____

Anschrift: _____

Tel.: _____ Mobil: _____

Email.: _____

Aktuelle Beschwerden:

Welche und seit wann:



Haben Sie eine oder mehrere der folgenden Vorerkrankungen?

Vorerkrankungen	Nein	Ja	Wenn ja, seit wann? Welche?
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutzuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hauterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen/Darm Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fett-Stoffwechselstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenk-Rheuma, Knochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose/HIV (AIDS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma / Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wurden bereits Operationen durchgeführt? Nein Ja Wenn ja, welche? Wann?



Leiden Sie an einer Allergie? Nein Ja Wenn ja, welche? Seit wann?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein Ja Wenn ja, welche? Wie oft?

Name	Morgens	Mittags	Abends	zur Nacht

Vegetative Anamnese

Durst Normal Vermehrt
Appetit Normal Vermehrt
Stuhlgang Normal Vermehrt
 wenn nicht normal Durchfall Verstopfung
 wenn Durchfall mit Blut mit Schleim
Wasserlassen Normal Vermehrt
 Nachts öfter als 2x Ja Nein
Nachtschweiß Ja Nein
Gewicht Zunahme Abnahme

Zigaretten Nein Ja Wenn ja, wie viele am Tag? _____

Alkohol Nein Ja Wenn ja täglich ab und zu



Für Patientinnen:

- Besteht eine Schwangerschaft** Nein Ja
- Geburten** Nein Ja Wie viele:..... Wann:.....
- Anitbabypille** Nein Ja
- Monatsblutung regelmäßig** Nein Ja
- Vorsorge beim Frauenarzt** Nein Ja Letzte Vorsorge ca.....Mon.

Leidet jemand aus ihrer Familie an folgenden Erkrankungen? Wenn ja, welche?

- Bluthochdruck** Nein Ja
- Herzerkrankung** Nein Ja
- Blutzuckerkrankheit** Nein Ja
- Schlaganfall** Nein Ja
- Asthma** Nein Ja
- Krebserkrankung** Nein Ja
- Andere Erkrankungen** Nein Ja

Besitzen Sie einen Impfausweis? **Nein** **Ja**

Bitte bringen Sie diesen beim nächsten Besuch mit, wir überprüfen gerne Ihren Impfstatus.

Vorsorge-Untersuchungen

- Gesundheitsuntersuchung ab 35. Lebensjahr? Nein Ja , wann _____
- Vorsorge Darmspiegelung ab 55. Lebensjahr? Nein Ja , wann _____
- Krebsfrüherkennung Männer ab 45. Lebensjahr? Nein Ja , wann _____
- Hautkrebs-Vorsorge ab 35. Lebensjahr? Nein Ja , wann _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Empfehlung Internet Telefonbuch Sonstiges

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung Zeit genommen haben.

Ihr Praxisteam Hausarzt Butzbach am Schloss.