

Patientenfragebogen allgemein

Nummer: PI-00893

Name:

Datum:

Ärztliche Fragen vor der Untersuchung:
mit welchen Beschwerden kommen Sie zu uns?
(alle Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht)

Größe:

Gewicht:

Alter:

Beantworten Sie bitte die folgenden Fragen durch Ankreuzen der mit "Ja" oder "Nein" bezeichneten Kästchen.

Haben Sie zurzeit:

	nein	ja	
Kopf- oder Gesichtsschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nackenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sehstörungen, Doppelbilder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hörstörungen, Ohrensausen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Riech- oder Geschmacksstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schwindelgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
starken Haarausfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Plötzliches Herzjagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzstolpern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gewichtsabnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Leibschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Verstopfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nächtliches Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
(Wenn ja, wie oft)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ischiasschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kribbeln, Ameisenlaufen, Taubheitsgefühl in Armen, Beinen oder im Gesicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schwellungen (Gesicht, Arme, Beine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Venenentzündungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Häufige blaue Flecke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Langes Bluten nach Verletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Drüenschwellungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

	nein	ja	
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Leichte Erschöpfbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Konzentrations- und Gedächtnisstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Vermehrtes Schwitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Vermehrter Durst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Wie viel Liter trinken Sie pro Tag: _____

Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gern tun?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Genussmittel (bitte genau angeben):

	nein	ja	
1. Alkoholische Getränke (z. B. Bier, Wein, Schnaps)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Was trinken Sie und wie viel pro Tag?			_____
2. Rauchen (z. B. Zigaretten, Zigarren, Pfeife, E-Zigarette, Verdampfer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Was rauchen Sie und wie viel pro Tag?			_____
3. Andere Genussmittel (z. B. Kaffee, Tee)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Medikamente (bitte genau angeben):

	nein	ja	
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Welche?			_____

Gelegentliche Einnahme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Welche?			_____

Sind Sie überempfindlich gegen bestimmte Speisen, Medikamente oder anderes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Hatten Sie **früher einmal / Haben Sie** eine der **folgenden Erkrankungen:**
 (wenn möglich mit Angabe des entsprechenden Jahres)

	nein	ja	
Gelbsucht (Hepatitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hirnhautentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kinderlähmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Geschlechtskrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
ansteckende Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gelenkkrankheiten, Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nieren- und Blasenkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nierensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bluthochdruck festgestellt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	seit wann? _____
Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Magenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gallenblasenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bauchspeicheldrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Zuckerkrankheit festgestellt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hormonstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bestrahlungen, wenn ja, wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gehirnerschütterung, Schädelbruch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Unfallverletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Wenn ja, welche und wann?	_____		
Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wenn ja, welche und wann?	_____		

	nein	ja
Haben Sie einen Pflegegrad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, welchen	_____	
Sind Sie schwerbehindert und haben einen Schwerbehindertenausweis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welchen Beruf üben Sie augenblicklich aus?	_____	

Für Frauen (Zutreffendes bitte ankreuzen):

Erste Monatsblutung mit _____ Jahren
 Letzte Monatsblutung am _____ (Datum/Jahr)

	nein	ja	
Haben Sie Regelstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hatten Sie Geburten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Wie viel und in welchem Jahr?			_____
Wie lange haben Sie insgesamt gestillt?	_____		(in Monaten) _____
Nehmen Sie z. Zt. Eine Antibabypille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Wenn ja, wie lange?	_____		_____
Wurde Ihre Gebärmutter entfernt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Wurden Ihre Eierstöcke entfernt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Familienvorgeschichte:

(Eltern, Großeltern, Geschwister der Eltern, eigene Geschwister, eigene Kinder. Nicht Sie selbst)

Hat oder hatte jemand in Ihrer Familie eine der folgenden Krankheiten:

	nein	ja	wer?
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fettleibigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Rundrücken oder Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Knochenbrüche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____