



Fragen zur Krankenvorgeschichte

Diese Angaben unterliegen auf das Strengste der ärztlichen Schweigepflicht. Sie können Auswirkungen auf die Behandlung haben. Deswegen bitte wir Sie um sorgfältige Beantwortung der Fragen. Sollten Sie bestimmte Fragen nicht beantworten wollen oder können, sprechen Sie mit uns persönlich darüber.

Name _____	Geburtsdatum _____
Vorname _____	Familienstand _____
Straße _____	Größe/Gewicht _____
Ort _____	Beruf _____
Telefon privat _____	Arbeitgeber _____
E-Mail-Adresse _____	_____
Krankenkasse _____	Telefon beruflich _____

Jetzige Beschwerden:

Frühere Operationen:

Welche Medikamente
nehmen Sie? (auch Pille)

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Niederer Blutdruck	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, nämlich:
Nächtliches Wasserlassen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, nämlich:
Lähmungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Allergien nein ja

Medikamente

Pollen

Sonstige:

Atemwegserkrankungen (Asthma,
Bronchitis, TBC, Lungenentzündung) nein ja, nämlich:

Zuckerkrankheit nein ja

Erhöhte Blutfette nein ja

Schilddrüsenerkrankungen nein ja

Leberkrankheiten, Gelbsucht	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Gallensteine	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Nieren-Blasen-Erkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
♂ Prostata-Erkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Blut im Stuhl, Verstopfung, häufiger Durchfall	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, nämlich:
Krampfadern, Hämorrhoi- den, Thrombose	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, nämlich:
Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, nämlich:
Gelenkrheuma, Gicht	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, nämlich:
Blutkrankheiten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, nämlich:
Krampfanfälle, Epilepsie	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Krebserkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, nämlich:
Wirbelsäulenbeschwerden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Krankheiten des Unterleibs und/oder der Brust	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, nämlich:
♀ Letzte Periode am:		
Nervöse Beschwerden, Depressionen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Knochenbrüche	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, nämlich:
Waren Sie in den letzten 6 Monaten im Ausland?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, nämlich in:
Wie viel Alkohol trinken Sie täglich?		
Wie viel rauchen Sie täglich?		
Nehmen/nahmen Sie Drogen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Welchen Sport treiben Sie?		
Fühlen Sie sich einsam?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Haben Sie Partnerprobleme?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Haben Sie Schwierigkeiten in der Familie?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Machen Sie sich Sorgen um die Zukunft?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Gab es in der Familie schwere Erkrankungen (z. B. Krebs, TBC, Zucker, Epilepsie, Alkoholsucht, Herzinfarkt, Nervenkrankheiten)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, nämlich:
Haben Sie sonst noch etwas auf dem Herzen, wonach nicht gefragt wurde?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, nämlich:

Datum: _____

Unterschrift: _____