

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse	

Geschlecht? W M

Familienstand: _____

Welche Tätigkeit habe Sie erlernt und
üben Sie gegenwärtig aus?

Telefon/Handynummer: _____
E-Mail: _____

Warum kommen Sie heute zum Arzt? _____

Patientenfragebogen

Sehr geehrte Patientinnen, sehr geehrte Patienten! Die nachfolgenden Fragen betreffen Ihre Person und Ihre Krankheitsgeschichte. Sie dienen der Klärung Ihres Krankheits- oder Beschwerdebild und erleichtern unser anschließendes Gespräch. Die gewissenhafte vollständige Beantwortung der Fragen liegt daher in Ihrem eigenen Interesse.

Der ausgefüllte Bogen unterliegt selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und verbleibt bei Ihren Unterlagen in der Praxis

Bitte kreuzen Sie zutreffendes an!

Hatten Sie schon eine der folgenden Krankheiten?	JA	Nein	?	
1. Typhus/Paratyphus/Ruhr/Tuberkulose				
2. Grüner Star, Glaukom				
3. Nasen-Nebenhöhlenentzündungen				
4. Schilddrüsenerkrankungen				
5. Lungen-, Rippenfellentzündung, oft Bronchitis				
6. Asthma, Heuschnupfen, Allergien				
7. Hoher Blutdruck				
8. Schlaganfall, Lähmungen				
9. Herzinfarkt				
10. Andere Herzkrankheiten oder Gefäßleiden				
11. Krampfadern, Thrombose, offene Beine				
12. Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür				
13. Gelbsucht, Leberkrankheiten				
14. Gallensteine				
15. Nieren-, Nierenbecken- oder Blasenentzündung				
16. Nieren-, Harnleiter- oder Blasensteine				
17. Krankheiten der Vorsteherdrüse (Prostata)				
18. Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane				
19. Syphilis, Tripper, Aids				
20. Hautkrankheiten				
21. Nervöse Beschwerden, Nervenzusammenbruch				
22. Epilepsie (Krampanfälle)				
23. Zuckerkrankheit (Diabetes)				
24. Gicht, Weichteilrheuma				
25. Gelenkrheumatismus mit Fieber				
26. Andere Krankheiten der Gelenke o. Wirbelsäule				
27. Knochenbrüche, Unfälle, Kriegsverletzung				
28. Blutarmut, Blutkrankheiten				
29. Krebs				
30. Andere Krankheiten				
Wenn ja welche?				
31. Wurden Sie schon einmal operiert				
Wenn ja, woran?				
32. Hatten Sie schon einmal eine Strahlentherapie				
33. Waren Sie in den letzten 12 Monaten am Mittelmeer oder in den Tropen?				

	Ja	Nein	?	
34. Fühlen Sie sich häufig einsam?				
35. Haben Sie Schwierigkeiten mit Ihrem Partner				
36. Haben Sie Schwierigkeiten in der Familie				
37. Sind Sie mit Ihrer derzeitigen Tätigkeit unzufrieden				
38. Sind Sie mit Ihrer derzeitigen Wohnung unzufrieden				
39. Sind Sie mit Ihrer Nachbarschaft unzufrieden				
40. Haben Sie noch andere Sorgen oder Schwierigkeiten?				
41. Meinen Sie, dass Sie in Ihrem Leben zu wenig Erfolg gehabt haben?				
42. Machen Sie sich Sorgen um Ihre Zukunft				
43. Trinken Sie regelmäßig Alkohol Wie viel wie oft?				
44. Rauchen Sie?				
45. Haben Sie geraucht?				
46. Nehmen oder nahmen Sie Drogen?				
47. Treiben Sie weniger als zweimal wöchentlich Sport?				
Fühlen Sie sich in Ihrer Gesundheit beeinträchtigt..				
48. Durch Lärm/Staub/Rauch/Abgase?				
49. Durch Schichtarbeit?				
50. Nehmen oder nahmen Sie regelmäßige Medikamente? Wenn ja welche?				
51. Nehmen oder nahmen Sie die Pille				
52. Sind Sie z.Zt. Schwanger?				
53. Wie viele Kinder haben Sie?				
54. Wie viele Fehlgeburten/Totgeburten/ Schwangerschaftsunterbrechungen ?				
Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten vorgekommen?				
55. Hoher Blutdruck				
56. Herzinfarkt				
57. Übergewicht				
58. Zuckerkrankheit (Diabetes)				
59. Gicht, Rheuma				
60. Nerven-, Gemüts-, Geisteskrankheiten				
61. Epilepsie (Krampfanfälle)				
62. Tuberkulose				
63. Gallensteine, Nierensteine, Blasensteine				
64. Krebs				
65. Suchterkrankungen				
66. Allergien, Asthma				
67 Neurodermitis, chron. Ekzeme				
68. Kopfschmerzen, Migräne				

Kuren, Heilverfahren: Wann?, Wo?, Weshalb?

Anerkennung als Schwerbehinderter? Ja Nein _____%Erwerbsunfähigkeit

Wegen? _____

Heutiges Datum : _____