Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen sorgfältig und vollständig aus. Er dient dazu Ihre Krankengeschichte umfassend zu erheben, um die anschließende Behandlung zu erleichtern. Bitte bringen Sie diesen zum ersten Termin in der Praxis mit.

Name

Vorname

geb.

PLZ und Wohnort

Straße.....

Bitte schildern Sie, warum Sie in die Praxis kommen.

Was? (freie Schilderung)

.....

Wo? (Lokalisation)

.....

Wie? z.B. Schmerzcharakter (hell stechender oder dumpf bohrender Schmerz), Schmerzintensität:

.....

Wann? Beginn (seit wann? auslösende Faktoren), Ablauf (was verbessert, was verschlimmert), bestimmte Tageszeiten

.....

Warum bzw. wodurch? (auslösende Faktoren)

.....

Medikamenteneinnahme

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?

Welche Nahrungsergänzungsmittel ?

Familienanamnese

Welche Erkrankungen traten in der Familie
(Eltern, Großeltern, Geschwister) gehäuft auf?
(z.B. Diabetes mellitus, Krebs, Herz-Kreislauf-
erkrankungen)

Allgemeine Lebensführung

Trinken Sie Alkohol ? regelmäßig?

Welche Sorte Alkohol?

Menge:

Sorte:

Rauchen Sie? durchschnittlich wie viele?

Seit welchem Lebensalter rauchen Sie?

Zigaretten täglich:

Seit Lebensalter:

Haben Sie in letzter Zeit auffallend an Gewicht
verloren? Ja NeinHaben Sie in letzter Zeit auffallend an Gewicht
zugenommen? Ja Nein

Ist Ihr Schlaf erholsam?

 Ja Nein

Leiden Sie an Ein- oder Durchschlafschwierigkeiten?

 Ja Nein

Wenn ja, wie lange liegen Sie wach?

Zeit:

Haben Sie zur Zeit große Sorgen?

 Ja Nein

Fühlen Sie sich nervös?

 Ja Nein

Leiden Sie unter psychischen Problemen?

 Ja Nein

Haben Sie auffallend viel Durst?

 Ja Nein

Leiden Sie zurzeit oder sonst öfter unter Fieber?

 Ja Nein

Allergien	
Sind Ihnen Allergien gegen Medikamente bekannt? Welche?	☐ Ja ☐ Nein Welche:
Bestehen Allergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten gegen bestimmte Substanzen wie Fisch, Eier, Milch, Glutamat, Laktose	☐ Ja ☐ Nein Welche:
Hausstauballergien? Blütenpollen? Andere? Welche?	Allergie gegen: Welche:

Kopfbereich	
Leiden Sie unter Schwindel?	☐ Ja ☐ Nein
Ohnmachtsanfällen?	☐ Ja ☐ Nein
Epileptische Anfällen?	☐ Ja ☐ Nein
Kopfschmerzen?	☐ Ja ☐ Nein
Haben Sie Probleme mit den Augen? Welche?	☐ Ja ☐ Nein Welche:
Haben Sie Probleme mit dem Hören?	☐ Ja ☐ Nein
Ohrenschmerzen?	☐ Ja ☐ Nein
Fließt manchmal ein Sekret aus dem Ohr?	☐ Ja ☐ Nein
Haben Sie häufig oder langanhaltend Schnupfen?	☐ Ja ☐ Nein
Bekommen Sie schlecht Luft durch die Nase?	☐ Ja ☐ Nein
Leiden Sie manchmal an Nasenbluten?	☐ Ja ☐ Nein
Leiden Sie unter Haarausfall?	☐ Ja ☐ Nein
Haben Sie besondere Beschwerden im Lippen-Mund-Kiefer-Bereich?	☐ Ja ☐ Nein Welche:

Halsbereich	
Haben Sie Halsschmerzen, bzw. Schmerzen beim Schlucken?	☐ Ja ☐ Nein
Leiden Sie unter einem Kloßgefühl im Hals?	☐ Ja ☐ Nein
Haben Sie eine Vergrößerung der Schilddrüse bei sich festgestellt?	☐ Ja ☐ Nein
Leiden Sie unter Heiserkeit? Wie lange?	☐ Ja ☐ Nein Wie lange:

Brustbereich		
Leiden Sie unter Husten? Wie lange? Wie ist der Auswurf beschaffen? Haben Sie Blut im Auswurf bemerkt?	☐ Ja Wie lange: Beschaffenheit: ☐ Ja	☐ Nein ☐ Nein ☐ Nein
Leiden Sie unter Atemnot?	☐ Ja	☐ Nein
Asthma-bronchiale-Anfälle?	☐ Ja	☐ Nein
Haben Sie ein Druckgefühl oder Schmerzen in der Herzgegend?	☐ Ja	☐ Nein
Leiden Sie unter Herzjagen oder Herzstolpern?	☐ Ja	☐ Nein
Haben Sie (manchmal) das Gefühl, dass Ihnen das Essen in der Speiseröhre stecken bleibt?	☐ Ja	☐ Nein
Haben Sie Rückenschmerzen?	☐ Ja	☐ Nein

Bauchbereich		
Leiden Sie unter Bauchschmerzen?	☐ Ja	☐ Nein
Haben Sie Beschwerden während oder nach dem Essen? Welche?	☐ Ja Welche:	☐ Nein
Haben Sie eine Unverträglichkeit von fetten, scharfen oder rohen Speisen?	☐ Ja	☐ Nein
Verspüren Sie in neuerer Zeit eine Abneigung gegen Fleisch?	☐ Ja	☐ Nein
Leiden Sie unter Übelkeit oder Erbrechen?	☐ Ja	☐ Nein
Sodbrennen?	☐ Ja	☐ Nein
Haben Sie Beschwerden beim Absetzen des Stuhles wie z.B. Verstopfung, Durchfall oder Schmerzen?	☐ Ja Beschwerde:	☐ Nein
Sind Ihnen Veränderungen in der Beschaffenheit, Menge oder Farbe des Stuhles aufgefallen?	☐ Ja Veränderung	☐ Nein
Haben Sie Blut im Stuhl bemerkt?	☐ Ja	☐ Nein

Arme und Hände		
Haben Sie steife oder geschwollene Gelenke?	☐ Ja	☐ Nein
Schlafen Ihnen (nachts) die Hände ein?	☐ Ja	☐ Nein
Leiden Sie an Durchblutungsstörungen der Hände?	☐ Ja	☐ Nein
Zittern Ihre Hände (manchmal)?	☐ Ja	☐ Nein
Haben Sie (manchmal) Gefühlsstörungen in den Armen oder Händen?	☐ Ja	☐ Nein

Beine und Füße		
Leiden Sie unter Krampfadern?	☐ Ja	☐ Nein
Treten nachts Wadenkrämpfe auf?	☐ Ja	☐ Nein
Schmerzen in Beinen oder Füßen?	☐ Ja	☐ Nein
Müssen Sie nach dem Gehen einer bestimmten Wegstrecke schmerzbedingt stehen bleiben?	☐ Ja	☐ Nein
Sind Ihre Beine oder Füße manchmal geschwollen?	☐ Ja	☐ Nein
Schmerzen in der Hüfte, in den Knien, Fußgelenken?	☐ Ja	☐ Nein
Gefühlsstörungen in den Beinen oder Füßen?	☐ Ja	☐ Nein

Harn- und Geschlechtsorgane		
Haben Sie Schmerzen in der Nierengegend?	☐ Ja	☐ Nein
Schmerzen beim Wasserlassen?	☐ Ja	☐ Nein
Sind Veränderungen der Harnmenge oder Harnfarbe aufgetreten?	☐ Ja Veränderung:	☐ Nein
Haben Sie Blut im Urin festgestellt?	☐ Ja	☐ Nein
Haben Sie Schwierigkeiten den Urin willentlich zurück zuhalten?	☐ Ja	☐ Nein
Haben Sie eine Abschwächung des Harnstrahls festgestellt?	☐ Ja	☐ Nein
Müssen Sie nachts regelmäßig raus und Wasser lassen?	☐ Ja	☐ Nein