

WARTEZIMMER-FRAGEBOGEN



Sehr geehrter Patient!

Die nachfolgenden Fragen betreffen Ihre Person und Ihre Krankenvorgeschichte.

Sie dienen der Klärung Ihres Krankheits- oder Beschwerdebildes und erleichtern unser anschließendes Gespräch.

Bitte beantworten Sie die Fragen gewissenhaft und vollständig.

Kreuzen Sie die zutreffenden Kästchen deutlich an.

Ihre Antworten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Datum/Unterschrift

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Tel.: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Arbeitgeber: _____

Krankenkasse: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Wollen Sie per E-mail über die Praxis, IGEL-Leistungen und Wellness-Medizin informiert werden? ja nein

Sind Sie damit einverstanden, dass ein Bild von Ihnen in unserer Patientenkartei erscheint? ja nein

Hatten Sie schon eine der folgenden Krankheiten?

Kinderkrankheiten

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Keuchhusten |
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Rachitis |
| <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Sonstige _____ |
| <input type="checkbox"/> Scharlach | _____ |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie | |

Infektionskrankheiten

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Typhus/Paratyphus/Ruhr | <input type="checkbox"/> Rheumatisches Fieber |
| <input type="checkbox"/> ansteckende Gelbsucht | <input type="checkbox"/> Sonstige _____ |
| <input type="checkbox"/> TBC | |
| <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten | _____ |

Hals- Nasen- Ohren- Augen-Krankheiten

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Grüner, grauer Star | <input type="checkbox"/> Mandelentzündungen |
| <input type="checkbox"/> Sehstörungen | <input type="checkbox"/> Zahnerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Sonstige _____ | <input type="checkbox"/> Sonstige _____ |
| <input type="checkbox"/> Nasen- Nebenhöhlen-entzündungen | <input type="checkbox"/> Mittelohrentzündung |
| <input type="checkbox"/> Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit |
| <input type="checkbox"/> Nasenbluten | <input type="checkbox"/> Sonstige _____ |
| <input type="checkbox"/> Sonstige _____ | |

Lungenerkrankungen

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Lungen- Rippenfell-entzündungen | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Bronchitis _____ | <input type="checkbox"/> Sonstige _____ |

Herz- und Gefässerkrankungen

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörung der Beine |
| <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Krampfaderen |
| <input type="checkbox"/> Herzfehler | <input type="checkbox"/> Thrombose |
| <input type="checkbox"/> Herzschmerzen | <input type="checkbox"/> Sonstige _____ |
| <input type="checkbox"/> Herzstolpern | _____ |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | _____ |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | _____ |

Baucherkrankungen

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gallensteine | <input type="checkbox"/> Verstopfung |
| <input type="checkbox"/> Gelbsucht | <input type="checkbox"/> Durchfälle |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen | <input type="checkbox"/> Sonstige _____ |
| <input type="checkbox"/> Magenbeschwerden | _____ |
| <input type="checkbox"/> Magen- Zwölffinger-darmgeschwür | _____ |

Nieren- und Geschlechtskrankheiten

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Blasen- Nieren-entzündungen | <input type="checkbox"/> Frauenkrankheiten _____ |
| <input type="checkbox"/> Blasen- Nierensteine | <input type="checkbox"/> Sonstige _____ |
| <input type="checkbox"/> Blutiger Urin | |
| <input type="checkbox"/> Prostata Leiden | |

bitte wenden 

WARTEZIMMER-FRAGEBOGEN

Stoffwechselerkrankungen

- Zuckerkrankheit Sonstige _____
 Gicht _____
 erhöhte Blutfette _____
 Schilddrüsen-
 erkrankungen _____

Knochen- und Gelenkerkrankungen

- Rheuma Sonstige _____
 wo _____
 Bandscheibenschaden _____
 Gelenkbeschwerden _____
 wo _____

Sonstige Erkrankungen

- Allergie Nervöse Beschwerden
 wogegen _____ Gemütskrankheiten
 Hautkrankheiten andere _____
 Blutkrankheiten, z. B. _____
 Blutarmut _____
 Krebs _____
 Krampfanfälle _____

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?

- hoher Blutdruck TBC
 Übergewicht Krebs
 Zuckerkrankheit Asthma
 hohe Blutfette Magengeschwüre
 Gallen- Nierensteine Gemütskrankheiten

Ihre bisherigen Krankenhausaufenthalte

Wann?	Wo?	Warum?

Sonstige Fragen:

- Raucher Wieviel, was: _____ Nichtraucher
 Alkohol Wieviel, was: _____ kein Alkohol

Regelmäßige Einnahme von Abführmitteln Schlafmitteln Pille
 Regelmäßige Einnahme anderer Medikamente. Diese bitte eintragen:

Wieviel (mg)?	Was?	Warum?

Nur für weibliche Patienten:

- Geburten _____
 Regel (Abstand, Dauer) _____
 Wechseljahre (Beginn) _____

Gegenwärtige Beschwerden:
