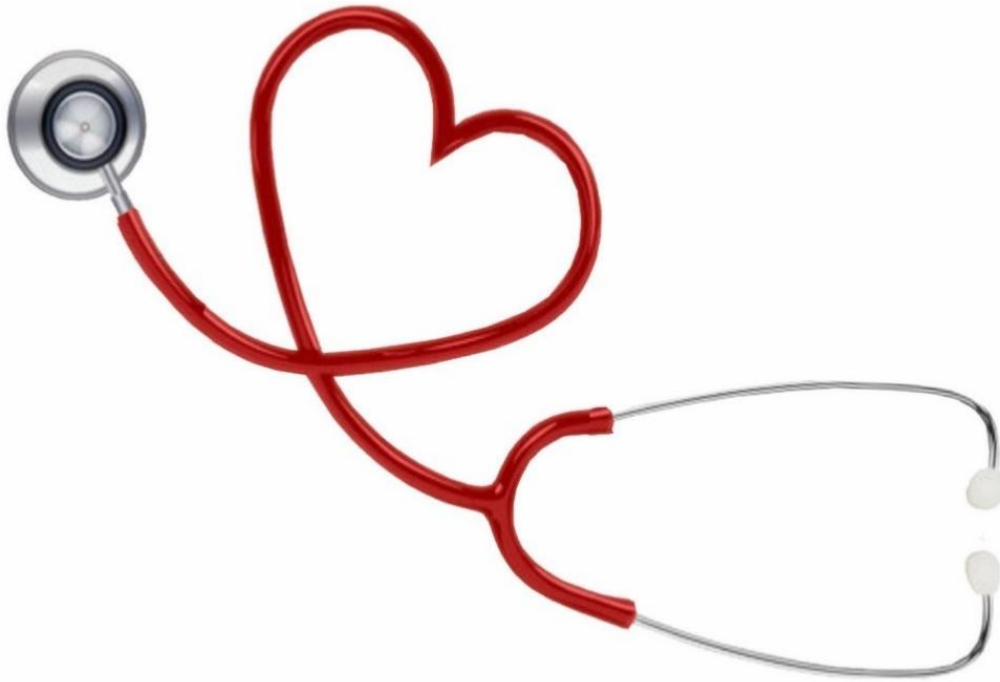


Ärztliche Fragen zur Krankenvorgeschichte



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die nachfolgenden Fragen betreffen Ihre Person und Ihre Krankenvorgeschichte.

Sie dienen der Klärung Ihrer Krankheit oder Beschwerdebildes und erleichtern unser anschließendes Gespräch.

Ihre Antworten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Name :

Vorname :

Geburtsdatum :

Adresse :

Telefon :

E-Mail :

Warum kommen Sie heute zum Arzt ???

Bitte kreuzen Sie das jeweils zutreffende Kästchen der nachfolgenden Fragen an !



Größe	
Gewicht	

	JA	NEIN	JAHR
Asthma			
COPD			
Diabetes			
Hoher Blutdruck			
Epilepsie			
Angina Pectoris(KHK)			
Herzinfarkt			
Schilddrüsenerkrankungen			
Schlaganfall			
Leberkrankheiten			
Gallensteine			
Nierensteine			
Krankheiten der Prostata			
Gicht			
Rheuma			
Blutarmut, Blutkrankheiten			

Haben Sie ansteckende Krankheiten ???

HIV / AIDS			
MRSA / ORSA			
TBC (offen)			
Hepatitis			
Mumps			
Masern			
Röteln			

Welche Maßnahmen wurden bereits durchgeführt ???

	JA	NEIN	JAHR
EKG			
Belastungs-EKG			
Langzeit-EKG			
Ultraschall des Bauches			
Blutanalyse			
Urinanalyse			
Röntgen			

**Waren Sie in den letzten 12 Monaten in
Mittelmeerländern oder den Tropen ???**

Datum ??

--	--	--



Welche Behandlungen werden derzeit durchgeführt??

Chemotherapie
Psychotherapie
Bestrahlung
Dialyse
Andere Klinikbehandlungen

Wurden Sie schon einmal operiert ???

Blinddarm
Mandeln
Magen
Darm
Niere
Gefäße
Kopf
Knochenbrüche
Herz
Blase
Gynäkologische Erkrankungen
Gallenblase
Andere Operationen ???
Welche ????

Fragen zur Person ???

Haben Sie guten Appetit
Haben Sie starken Durst
Schlafen Sie schlecht
Schwitzen Sie schnell
Trinken Sie Regelmäßig Alkohol
Menge Pro Tag ???

	JA	NEIN	JAHR

Rauchen Sie
Wieviel Pro Tag ???

--	--	--

Nehmen Sie Regelmäßig Medikamente

JA	NEIN	JAHR



Wenn Ja Welche ???

Sind Allergien bekannt ???

----------------------	----------------------	----------------------

Wenn Ja Welche ???

Nehmen Sie Drogen (Hasch,LSD, Morphine etc.???)

----------------------	----------------------	----------------------

Wenn Ja Welche ???

Menge ???

Treiben Sie weniger als zweimal wöchentlich Sport ???

----------------------	----------------------

Sind in Ihrer Familie oder Verwandtschaft folgende Krankheiten aufgetreten ???

Krebs

Hoher Blutdruck

Schlaganfall

Herzinfarkt

Übergewicht

Diabetes

Gicht

Epilepsie

Tuberkulose

JA	NEIN	JAHR

Ich erkläre mich damit einverstanden, regelmäßig an unten genannten Terminen ohne Aufforderung bis auf Widerruf (quartalsübergreifend) erinnert zu werden !



Alle erforderlichen Termine

--	--

Impfungen

Check-Up

Bitte Informieren Sie mich

Telefonisch

--

E-Mail

--

Schriftlich

--

Ort, Datum

Unterschrift