Ärztliche Fragen zur Krankenvorgeschichte

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bitte füllen Sie den Fragebogen gewissenhaft und möglichst vollständig aus. Er dient zur besseren Krankheitsfindung und um Zeit zu gewinnen. Zeit, die für eine notwendige Untersuchung besser verwendet wird. Bitte kreuzen Sie das jeweils zutreffende Kästchen deutlich an. Ihre Antworten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Weshalb/wegen welcher Beschwerden suchen Sie heute unsere Praxis auf?

Was machen Sie derzeit beruflich/eventl. körperliche Belastung?

Hatten/haben Sie folgende Krankheiten	Ja	Nein	Weiß nicht
1. Allergische Reaktionen	☐	☐	☐
2. (allerg.) Asthma	☐	☐	☐
3. Schlaganfall/Lähmungen	☐	☐	☐
4. Erhöhter Blutdruck	☐	☐	☐
5. Herzinfarkt	☐	☐	☐
6. Andere Herzkrankheiten	☐	☐	☐
7. Krampfadern/Gefäßleiden	☐	☐	☐
8. Magen-Darm-Geschwüre	☐	☐	☐
9. Hautkrankheiten	☐	☐	☐
10. Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	☐	☐	☐
ggf. insulinpflichtig?	☐	☐	
11. Gicht/Harnsäureerhöhung	☐	☐	☐
12. nervenärztlich/psychiatrische Behandlung	☐	☐	☐
13. Epilepsie/Anfallsleiden	☐	☐	☐
14. Rheuma	☐	☐	☐
15. Bek. Wirbelsäulen-/Gelenk-/Muskelleiden	☐	☐	☐
16. Krankheiten der Wirbelsäule/Gelenke/Muskeln	☐	☐	☐
17. Knochenbrüche/Unfälle/größere Verletzungen	☐	☐	☐
18. Sonstige Krankheiten/Operationen	☐	☐	☐

Was? Bitte ggf. mit Jahr benennen:

19. Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja: welche und wie oft?

20. Drogenabhängigkeit/Alkoholismus	☐	☐
21. Nikotinkonsum	☐	☐

22. Gibt es Röntgenuntersuchungen/CT/MRT der betreffenden Körperregion? Ggf. von wann?

Telefonnr.: **E-Mail:**

Jena, den

Name, Vorname, Geb.,-Datum

Unterschrift (ggf. des Bevollmächtigten)