

## ÄRZTLICHE FRAGEN ZUR KRANKENVORGESCHICHTE

Sehr geehrte Patientin, 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 kreuzen Sie das jeweils zutreffende Kästchen an: Ihre Antworten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
geb.: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_

### 1. Warum kommen Sie heute zum Arzt?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Arztstempel:

### 2. Hatten Sie eine der folgenden Krankheiten?

	<u>ja</u>	<u>nein</u>	<u>Jahr</u>
Tuberkulose (Tbc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lungenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Rippenfellentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Asthma, Heuschnupfen, Juckreiz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schlaganfall, Lähmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ohrgeräusche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nervöse Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Epilepsie (Fallsucht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzanfall (Angina pectoris)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Krampfadern, Thrombose, offenes Bein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwüre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gelbsucht, Leberkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gallensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nieren- oder Blasenentzündungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nieren- oder Blasensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Krankheiten der Vorsteherdrüse (Prostata)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Krankheiten der weiblichen Unterleibsorgane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fettstoffwechselkrankheiten (Cholesterien, Triglyceride)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gelenkrheumatismus mit Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Andere Krankheiten der Gelenke oder Wirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blutarmut, Blutkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schilddrüsenerkrankungen (Kropf)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Grüner Star ( Glaukom) oder Grauer Star	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Andere Krankheiten (keine Operationen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Wenn ja, welche?			_____

### 3. Haben Sie folgende Beschwerden?

	<u>ja</u>	<u>nein</u>	<u>Jahr</u>
Häufiger Schnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fehlsichtigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schwerhörigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Übelkeit, Brechreiz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Juckreiz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ermüdbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzklopfen, auch ohne Belastung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Brennen hinter dem Brustbein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Stiche hinter dem Schulterblatt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ziehen im linken Arm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schmerzhaftes Schlucken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schweißausbrüche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Starke Ängste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Unklare Fieberschübe (38-39°C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Benommenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Häufig blaue Lippen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Zunehmende Hautblässe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

### 4. Wurden folgende diagnostischen Maßnahmen durchgeführt?

	<u>ja</u>	<u>nein</u>	<u>Jahr</u>
Röntgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Welche Aufnahmen?			
_____			
EKG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Belastungs-EKG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Langzeit-EKG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ultraschall des Bauches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blutanalyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Urinanalyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
EEG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Waren Sie in den letzten 12 Monaten in den Mittelmeerländern oder Tropen?   \_\_\_\_\_

