

**Liebe Patientin, lieber Patient,**

bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen sorgfältig und vollständig aus. Er dient dazu Ihre Krankheitsgeschichte umfassend zu erheben, um die anschließende gründliche Untersuchung zu erleichtern.

Name..... Vorname.....

geboren am.....

Adresse.....

.....

Telefon..... E-Mail.....

Familienstand.....

Beruf.....

**Freie Schilderung der aktuellen Beschwerden:**

Was?.....

.....

Wo? (Lokalisation).....

.....

Wie? (z.B. Schmerzcharakter: hell stechend oder dumpf bohrend, Schmerzintensität)

.....

.....

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

.....

.....

Warum, bzw. wodurch?.....

.....

Vorerkrankungen	
Haben Sie Vorerkrankungen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Welche?

Medikamenteneinnahme	
Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?	

OPs	
Wurden bei Ihnen Operationen durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Welche und wann:

Allergien	
Sind Ihnen Allergien gegen Medikamente bekannt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Welche:
Bestehen Allergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten gegen bestimmte Substanzen wie Fisch, Eier, Milch, Glutamat, Laktose, Histamin?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Welche:
Bestehen Allergien gegen Hausstaub, Pollen, Andere?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Welche:

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

<b>Kopfbereich</b>		
Leiden Sie unter Schwindel?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ohnmachtsanfälle?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Epileptische Anfälle?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Probleme mit den Augen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Welche:	
Haben Sie Probleme mit dem Hören?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Welche:	
Ohrenschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Fließt manchmal ein Sekret aus dem Ohr?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie häufig oder langanhaltenden Schnupfen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bekommen Sie schlecht Luft durch die Nase?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie häufig an Nasenbluten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Haarausfall?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie besondere Beschwerden im Lippen-Mund-Kiefer-Bereich?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Welche:	

<b>Halsbereich</b>		
Haben Sie Halsschmerzen, bzw. Schmerzen beim Schlucken?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter einem Kloßgefühl im Hals?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie eine Vergrößerung der Schilddrüse?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Heiserkeit?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Wie lange:	

Brustbereich	
Leiden Sie unter Husten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  Wie lange:  Beschaffenheit des Auswurf:   Blutbeimengung im Auswurf? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Atemnot?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Asthma-bronchiale-Anfälle?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie ein Druckgefühl oder Schmerzen in der Herzgegend?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Herzrasen oder Herzstolpern?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Bauchbereich	
Leiden Sie unter Bauchschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Beschwerden während oder nach dem Essen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  Welche:
Haben Sie eine Unverträglichkeit von fetten, scharfen oder rohen Speisen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Verspüren Sie eine Abneigung gegen Fleisch?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Übelkeit oder Erbrechen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sodbrennen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Beschwerden beim Absetzen des Stuhls, wie z. B. Verstopfung, Durchfall oder Schmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  Beschwerde:
Sind Ihnen Veränderungen in der Beschaffenheit, Menge oder Farbe des Stuhles aufgefallen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  Veränderung:

Haben Sie Blut im Stuhl bemerkt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
----------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

<b>Arme und Hände</b>		
Haben Sie steife oder geschwollene Gelenke?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schlafen Ihnen (nachts) die Hände ein?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie an Durchblutungsstörungen der Hände?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Zittern Ihre Hände (manchmal)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie (manchmal) Gefühlsstörungen in den Armen oder Händen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

<b>Beine und Füße</b>		
Leiden Sie unter Krampfadern?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Treten nachts Wadenkrämpfe auf?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schmerzen in Beinen oder Füßen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Wann:	
	Wo:	
Müssen Sie nach dem Gehen einer bestimmten Wegstrecke schmerzbedingt stehen bleiben?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Ihre Beine oder Füße manchmal geschwollen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schmerzen in der Hüfte, in den Knien, Fußgelenken?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gefühlsstörungen in den Beinen oder Füßen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

<b>Harn- und Geschlechtsorgane</b>		
Haben Sie Schmerzen in der Nierengegend?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schmerzen beim Wasserlassen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Veränderungen der Harnmenge oder Harnfarbe aufgetreten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Veränderung:	

Haben Sie Blut im Urin festgestellt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Schwierigkeiten den Urin willentlich zurück zuhalten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie eine Abschwächung des Harnstrahls festgestellt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Müssen Sie nachts regelmäßig raus und Wasser lassen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Tritt ein Sekret aus der Harnröhre aus?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

<b>Gynäkologische Anamnese der Frau</b>		
In welchem Alter trat die erste Regelblutung auf?		
Wann trat die letzte Regelblutung auf (Menopause)?		
Wie lange ist die Zyklusdauer?		
Wie ist die Blutungsstärke?		
Treten Beschwerden im Zusammenhang mit der Regelblutung auf?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Tritt ein Sekret aus der Scheide aus?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Beschwerden im Bereich der Brüste?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

<b>Haut</b>		
Leiden Sie unter Hautveränderungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Welche:	
	Seit wann:	
Hautjucken?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bekommen Sie leicht blaue Flecken?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Heilen bei Ihnen Hautwunden schlecht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Nachtschweiß?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

<b>Soziale Anamnese</b>		
Sind Sie gut in Ihre Familie integriert?		
Wie sind Ihre Wohnverhältnisse?		

Haben Sie Freunde?	
Sind Sie am Arbeitsplatz besonderen Belastungen ausgesetzt (z.B. Mobbing)?	
Sind Sie am Arbeitsplatz bestimmten Schadstoffen ausgesetzt?	

<b>Allgemeine Lebensführung</b>	
Wie viel Alkohol trinken Sie durchschnittlich täglich? Welche Sorte Alkohol?	Menge: Sorte:
Wie viele Zigaretten rauchen Sie durchschnittlich täglich? Seit welchem Lebensalter?	Menge: Seit Lebensalter:
Haben Sie in letzter Zeit auffallend an Gewicht verloren?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie in letzter Zeit auffallend an Gewicht zugenommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ist Ihr Schlaf erholsam?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie an Ein- oder Durchschlafschwierigkeiten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, wie lange liegen Sie wach?	Zeit:
Haben Sie große Sorgen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie nervös?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter psychischen Problemen, wie z.B. Zwängen, Depression...?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie auffallend viel Durst?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie zurzeit oder sonst öfter unter Fieber?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

<b>Sonstiges:</b>
-------------------

