

Liebe Patientin, lieber Patient,
 bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig aus. Dies ist notwendig für die weitere Behandlung. Bitte bringen Sie zudem sämtliche Befunde (Labor, Untersuchungen, Röntgen etc.) in Kopie mit.

Name, Vorname _____	Geb. am _____
Straße, Hausnummer _____	Telefon _____
PLZ, Ort _____	Email _____

Warum stellen Sie sich in der Sprechstunde vor?

Seit wann bestehen die Beschwerden? _____

Sozialanamnese/ Berufsanamnese:

Ledig <input type="checkbox"/>	Partnerschaft <input type="checkbox"/>	Verheiratet <input type="checkbox"/>	Geschieden <input type="checkbox"/>	Verwitwet <input type="checkbox"/>
Haben Sie Kinder? _____		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wie viele? _____	
Erlerner Beruf _____				
Aktuelle Tätigkeit _____				
Krankschreibung wegen der Beschwerden	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Seit wann? _____		
Laufendes Rentenverfahren	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Seit wann? _____		
Berentung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Seit wann? _____		
		Grund _____		
Grad der Behinderung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wie viel? _____		
		Grund _____		

Vorerkrankungen

Herz-/Kreislaufferkrankungen

Bluthochdruck	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Seit wann? _____
Herzinfarkt/	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Seit wann? _____
Herzkranzgefäßerkrankungen		
Verkalkungen der Gefäße/	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Seit wann? _____
Durchblutungsstörungen		
Andere	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Seit wann? _____

Atemwege/ Lunge

Asthma	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Seit wann? _____
Chronische Bronchitis	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Seit wann? _____
Nasennebenhöhlen-entzündung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Seit wann? _____

Bauch

Sodbrennen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Seit wann? _____
Magengeschwür,	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Seit wann? _____
Magenentzündung		
Chronische Darmentzündung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Seit wann? _____
(Colitis ulcerosa, Morbus Crohn)		
Divertikelkrankheit	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Seit wann? _____
Lebererkrankungen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Seit wann? _____
Nierenerkrankungen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Seit wann? _____
Blasenerkrankungen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Seit wann? _____

Nervensystem

Schlaganfall Ja Nein Seit wann? _____
Polyneuropathie Ja Nein Seit wann? _____
Depression Ja Nein Seit wann? _____
Andere: _____ Ja Nein Seit wann? _____

Hauterkrankungen

Neurodermitis Ja Nein Seit wann? _____
Schuppenflechte Ja Nein Seit wann? _____
Andere: _____ Ja Nein Seit wann? _____

Infektionskrankheiten

Tuberkulose Ja Nein Seit wann? _____
Hepatitis Ja Nein Seit wann? _____
Andere: _____ Ja Nein Seit wann? _____

Drüsenerkrankungen

Diabetes Ja Nein Seit wann? _____
Schilddrüsenerkrankungen Ja Nein Seit wann? _____

Tumorerkrankungen

Welche _____
Wann _____
Behandlung abgeschlossen Ja Nein Seit wann? _____

Sonstige:

_____ Seit wann? _____

Risikofaktoren

Rauchen Ja Nein Früher
Seit wann? _____
Wie viele Zigaretten/ Tag _____
Alkohol Ja Nein Was? _____
Wie viel/ Tag _____
Drogen Ja Nein Was? _____
Wie viel? _____

Allergien

Ja Nein
Welche: _____

Erkrankungen in der Familie

Rheuma Ja Nein Wer? _____
Hauterkrankungen Ja Nein Wer? _____
Darmerkrankungen Ja Nein Wer? _____
Augenerkrankungen Ja Nein Wer? _____
Tumorerkrankungen, Herz- Ja Nein Wer? _____
Kreislauf-Erkrankungen, sonstige Was? _____

Voroperationen

Was? _____ Wann? _____
Was? _____ Wann? _____
Was? _____ Wann? _____
Was? _____ Wann? _____
Was? _____ Wann? _____

Medikamente:

Bitte bringen Sie einen aktuellen bundeseinheitlichen Medikationsplan mit. Diesen stellt Ihnen bei Bedarf der Hausarzt/ die Hausärztin aus.