

Internistische Gemeinschaftspraxis

Dr. med. M. Franz – Dr. med. M. Strohbach – Dr. med. H.-M. Behr

Franz-Bardroff-Str. 2, 63906 Erlenbach, Tel. 09372/5573, Fax 09372/72660

Ärztlicher Fragebogen zur Krankengeschichte

Sehr geehrter Patient,
die nachfolgenden Fragen betreffen Ihre Person
und Ihre Krankengeschichte. Bitte füllen Sie
den Fragebogen gewissenhaft aus. Er dient zur
besseren Krankheitsfindung.
Bitte kreuzen Sie das jeweils zutreffende Kästchen
deutlich an. Ihre Antworten unterliegen selbstver-
ständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: männlich weiblich

Hausarzt: _____

Welchen Beruf/ Tätigkeit üben Sie derzeit aus?

1. Jetzige Beschwerden, Gesundheitsstörungen

Hatten Sie schon eine der folgenden Krankheiten?

	<i>ja</i>	<i>nein</i>		<i>ja</i>	<i>nein</i>
- Typhus/Paratyphus/Ruhr			- Gelenkrheumatismus mit Fieber		
- Tuberkulose (TBC)			- andere Krankheiten der Gelenke		
- Grüner Star (Glaukom)			- Knochenbrüche, Unfälle		
- Nasennebenhöhlenentzündungen			- Kriegsverletzungen		
- Schilddrüsenkrankheiten			- Blutarmut, Blutkrankheiten		
- Lungen- oder Rippenfellentzündung			- Krebs / Blutkrebs		
- chronische Bronchitis			- andere Krankheiten		
- Asthma			wenn ja, welche ?		
- Heuschnupfen/Hausstaub-Milben-Allergie			_____		
- Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)			_____		
- hoher Blutdruck			_____		
- Schlaganfall, Lähmungen			- wurden Sie schon operiert		
- Herzinfarkt			wenn ja, woran ?		
- andere Herzkrankheiten oder Gefäßleiden			_____		
- Krampfadern, Thrombose, offene Beine			_____		
- Hämorrhoiden			_____		
- Magen-/Zwölffingerdarmgeschwüre			- wurden Sie schon einmal mit Radium		
- Verstopfung, Durchfall, Blut im Stuhl			oder Röntgenstrahlen behandelt?		
- Gelbsucht, Leberkrankheiten			wenn ja, woran ?		
- Gallensteine			_____		
- Gicht			_____		
- Nieren-, Nierenbeckenentzündung			- wurden Sie schon einmal mit Radium		
- Blasenentzündung			oder Röntgenstrahlen behandelt?		
- Nieren-, Harnleiter-, Blasensteine			wenn ja, woran ?		
- Krankheiten der Prostata			_____		
- Schwierigkeiten beim Wasserlassen			_____		
- Nächtliches Wasserlassen			- wann war die letzte Röntgenuntersuchung?		
wenn ja, wie oft			_____		
- Krankheiten der Brust			_____		
- Krankheiten der weiblichen Unterleibsorgane					
- unregelmäßige Periode					
letzte Periode am					

- Hautkrankheiten					
- Syphilis, Tripper					
- nervöse Beschwerden, Nervenzusammenbruch			- waren Sie in den letzten 12 Monaten		
- wiederholte Ischiasbeschwerden, Hexenschuss			in Mittelmeerländern, in Asien		
- Epilepsie (Krampfanfälle)			oder in den Tropen ?		

ja nein

ja nein

- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein ?
wenn ja, welche ?

Sind in Ihrer Familie
folgende Krankheiten bekannt?

- hoher Blutdruck, Schlaganfall
- Herzinfarkt
- Übergewicht
- Diabetes (Zuckerkrankheit)
- Gicht
- Nerven- / Gemütskrankheiten
- Geisteskrankheiten
- Epilepsie (Krampfanfälle)
- Tuberkulose (TBC)
- Gallensteine, Nierensteine,
Blasensteine
- Krebs / Brustkrebs
- Suchtkrankheiten (Alkohol,
Drogen, Medikamente)

- Nehmen oder nahmen Sie die Pille oder
oder sonstige Hormonpräparate ein ?
- Trinken Sie regelmäßig Alkohol ?
wenn ja, was und wie viel?

- Rauchen Sie ?
wenn ja, wie viel?

- Haben Sie geraucht ?

- Nehmen Sie Drogen?
(Hasch, LSD, Speed, Morphin oder andere)

- Treiben Sie weniger als zweimal wöchentlich
Sport ?

Fühlen Sie sich gesundheitlich beeinträchtigt?
- durch Lärm (Arbeitsplatz, Freizeit, Nachtruhe)
- durch Staub / Rauch / Abgase
- durch Schichtarbeit

Sonstige Fragen zu Ihrer Person: (Antwort erwünscht, aber nicht zwingend)

- Fühlen Sie sich häufig einsam?
- Haben Sie Schwierigkeiten mit Ihrem Partner?
- Haben Sie Schwierigkeiten in der Familie?
- Sind Sie mit Ihrer derzeitigen Tätigkeit (Beruf,
Haushalt, auch im Ruhestand) zufrieden?
- Sind Sie mit Ihrer derzeitigen Wohnung
Unzufrieden?
- Sind Sie mit Ihrer Nachbarschaft unzufrieden?
- Haben Sie noch andere Sorgen oder
Schwierigkeiten?
- meinen Sie, dass Sie in Ihrem Leben zu wenig
Erfolg gehabt haben?
- Machen Sie sich Sorgen um Ihre Zukunft?

Datum:

Unterschrift:

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit !