

Fragebogen zur Krankengeschichte

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Um Sie besser kennenzulernen, bitten wir Sie um die sorgfältige Beantwortung folgender Fragen. Die Angaben zu Ihrer Person und Ihrer Krankenvorgeschichte dienen der Klärung Ihres Krankheits- und Beschwerdebildes und erleichtern unser anschließendes Gespräch. Weiterhin möchten wir Fehl- und Doppelbehandlungen sowie Nebenwirkungen durch die Verordnung von Medikamenten durch verschiedene Ärzte vermeiden und benötigen deshalb Ihre Mithilfe. Sämtliche Antworten sind natürlich freiwillig und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Für Rückfragen steht Ihnen unser Praxisteam gerne zur Verfügung!

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefonnummer:

Jetzige Tätigkeit:

**Bitte im Notfall
benachrichtigen:**

Besteht eine anerkannte
Schwerbehinderung?

Nein

Ja

Grad der Behinderung:

_____ (Buchstaben?)

Haben Sie einen Pflegegrad

Nein

1 2 3 4 5

Schweigepflichtentbindung für Angehörige oder nahestehende Personen:

Um auch Ihren Angehörigen oder nahestehenden Personen (z.B. Sohn, Tochter, Lebensgefährte/in) Befunde (z.B. Blutuntersuchungsergebnisse) oder Informationen über Ihren aktuellen Gesundheitszustand mitteilen oder mitgeben zu dürfen, benötigen wir Ihre schriftliche Einwilligung:

	Name	Beziehung (z.B. Tochter, Partner)	Telefon
1.			
2.			
3.			

Datum, Unterschrift:

Krankengeschichte:**Allergien**

Haben Sie Allergien? Nein Ja

Wenn ja, welche? _____

Gibt es Medikamente, die Sie nicht vertragen? Nein Ja

Haben oder hatten Sie eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen?

Bluthochdruck	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Blutzuckerkrankheit	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Herzkrankheit (z.B. Herzinfarkt, Stents, Herzschrittmacher)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Schlaganfall	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Bluterkrankung (z.B. Blutarmut, Thrombosen)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselstörung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Gicht	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Asthma bronchiale	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Chronische Bronchitis (COPD)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Tuberkulose	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Magen- oder Darmkrankheiten (z.B. Magengeschwüre)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Tumorerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Hauterkrankungen (z.B. Schuppenflechte, Neurodermitis)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Anfallsleiden (Epilepsie)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Orthopädische Erkrankungen (z.B. Wirbelsäulenerkrankungen)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Unfälle oder Knochenbrüche	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Gelenk-Rheuma	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

Augenerkrankungen
(z.B. grauer oder grüner Star) Nein Ja

HIV Nein Ja

Andere Erkrankungen: _____

Besteht oder bestand bei näheren Verwandten (Eltern, Geschwistern, Großeltern) eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen?

Bluthochdruck Nein Ja

Fettstoffwechselstörung Nein Ja

Schlaganfall Nein Ja

Blutzuckerkrankheit Nein Ja

Herzinfarkt Nein Ja

Krebs Nein Ja

Allgemeine Anamnese

Sind Sie schwanger? Nein Ja Vielleicht

Rauchen Sie? Nein Ja
Wenn ja, wie viel am Tag? _____

Trinken Sie Alkohol? Nein Ja
Wenn ja, wie oft und wie viel? _____

Verraten Sie uns bitte Ihre
Körpergröße und Gewicht? _____ cm _____ kg

Hatten Sie in den letzten
Monaten
Gewichtsveränderung? Keine Abnahme Zunahme

Gehen Sie regelmäßig zur
Vorsorgeuntersuchung? Nein Ja

Wann wurden Sie das letzte
Mal geimpft und wogegen?
(Bitte bringen Sie Ihren
Impfpass mit!) _____

Waren sie schon an Covid-19
erkrankt? Nein Ja
Wenn ja, wann? _____

