

Fragebogen für Patienten

Wichtiger Hinweis: Mit Ihren Angaben über Ihre Vorerkrankungen und jetzigen Beschwerden helfen Sie uns, unsere Bemühungen besser auf Ihre jetzigen Probleme zu konzentrieren, Gefährdungen rechtzeitig zu erkennen und besser vorzubeugen.

Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt und auch an mitbehandelnde Ärzte nur weitergegeben, wenn Sie sich damit ausdrücklich einverstanden erklären.

Bitte nehmen Sie sich daher Zeit, alle Fragen genau zu beantworten.

Für Rückfragen steht Ihnen unser Praxisteam gerne zur Verfügung.

I. ANGABEN ZUR FAMILIE

1. Ist **bei direkten Verwandten** (Eltern, Geschwister, Onkel/Tanten, Großeltern) eine der folgenden Erkrankungen aufgetreten: Bluthochdruck, Erkrankung der Herzkranzgefäße/Herzinfarkt/plötzlicher Herztod, Durchblutungsstörungen der Beine (z.B. „Raucherbein“), Schlaganfall („Lähmung“, „Sprachstörung“), Diabetes, auch Schwangerschaftsdiabetes, erhöhtes Cholesterin

Asthma bronchiale/chron. Bronchitis, Heuschnupfen, allerg. Hauterkrankungen	nein	0	ja	0
Erkrankungen des Magen und Darms, wie Geschwüre, Krebs, Colitis, M. Crohn	nein	0	ja	0
Rheumatische Erkrankungen, wie Polyarthritis, Gicht, M. Bechterew, schwere Arthrose	nein	0	ja	0
Bösartige Erkrankungen (Krebs, Leukämie, Lymphome (M. Hodgkin)	nein	0	ja	0
Thrombose der tiefen Beinvenen oder Lungenembolie	nein	0	ja	0
Erkrankungen der Seele oder des Gemüts (z.B. Depression, Manie, Suizid)	nein	0	ja	0
(Für alle o.g. Fragen): Wenn ja, bei wem und in welchem Lebensalter	nein	0	ja	0

2. Ist bei direkten Verwandten eine **andere Erkrankung** aufgetreten, die bei rechtzeitiger Erkennung und Behandlung hätte **geheilt oder deutlich gebessert** werden können?
Wenn ja, bei wem/in welchem Lebensalter

II. ANGABEN ZUR EIGENEN PERSON

1. **Ist bei Ihnen bereits eine Erkrankung aufgetreten, nach der oben gefragt wurde?**

Nein 0 Wenn ja, in welchem Lebensalter

2. **Ist bei Ihnen bereits eine von folgenden Erkrankungen aufgetreten:**

Lungenentzündung, Diphtherie, Scharlach, Malaria Nein 0 Wenn ja, in welchem Lebensalter

Wurden Sie in den letzten 12 Monaten ärztlich behandelt Nein 0 Wenn ja, wann und weswegen

Wurden folgende Vorsorgeuntersuchungen in den letzten Jahren bei Ihnen durchgeführt?

Krebsvorsorgeuntersuchung für Männer/Frauen	nein 0	ja	wann _____
Darmspiegelung (Coloskopie)	nein 0	ja	wann _____
Hautkrebsscreening	nein 0	ja	wann _____
Gesundheitsuntersuchung/ggf. JugendschutzU:	nein 0	ja	wann _____

3. **Wurden Sie bereits einmal operiert, oder war aus sonstigen Gründen ein Krankenhausaufenthalt erforderlich?**

Nein 0 Wenn ja, wann und weswegen:

_____ (häufige OPs: Blinddarm, Galle, Mandeln, Schilddrüse, Magen, Darm, Wirbelsäule, Gelenkersatz z.B. Knie/Hüfte)

Wurde ein Schrittmacher/Defibrillator implantiert? 0 Nein Wenn ja Kontrolle wann zuletzt?

Ggf.: Kam es nach der Operation zu Komplikationen (Narkosezwischenfälle, Wundheilungsstörungen, Nachblutungen, Thrombosen/Lungenembolien o.ä.)

4. **Nehmen Sie derzeit Medikamente regelmässig oder gelegentlich ein?**

Nein 0 Wenn ja, welche und in welcher Dosierung

6. **Bestehen bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten gegenüber Medikamenten** (z.B. Penicillinallergie o.ä.), **Pollen** („Heuschnupfen“) oder Tierhaare (Asthma auf Tiere) ?

Nein 0 Wenn ja, welche und wie äussern sich diese? _____

7. **Rauchen Sie oder haben Sie früher geraucht?**

Nein 0 Wenn ja: von _____ bis _____ Menge pro Tag?

8. **Trinken Sie regelmässig Bier/Wein/andere alkoholische Getränke?**

Nein 0 Wenn ja: in welchen Mengen: _____ pro Tag

9. **Wie groß und wie schwer sind Sie?** _____ cm, _____ kg.

Haben Sie in den letzten 1-2 Jahren mehr als 4kg an Gewicht zu oder abgenommen?

10. **Haben Sie Stuhlunregelmäßigkeiten** (z.B. häufiger Wechsel zwischen Durchfall und Verstopfung) oder **Auffälligkeiten beim Stuhlgang** (z.B. Blut im Stuhl)?

Nein 0 Wenn ja: welche? _____
Wurden Sie deswegen bereits untersucht? _____

10. **Welche Impfungen sind bei Ihnen erfolgt?** Wie oft insgesamt/wann zuletzt?

Tetanus (Wundstarrkrampf) _____ / _____
Diphtherie _____ / _____ Kinderlähmung (Polio)
_____ / _____ Masern/Mumps/Röteln

FSME _____ / _____
Grippe _____ / _____
Lungenentzündung(Pneumokokken) _____ / _____
Hepatitis A und/oder B _____ / _____
Weitere Impfungen(Gelbfieber, Jap.Encephalitis, Meningokokken) _____

Gab es Impfungen, die Sie schlecht vertragen haben? _____

11. **Wie viele Stockwerke können Sie ohne Probleme zügig steigen?** _____ Stockwerke

12. **Welche Beschwerden veranlassen Sie hierbei, stehenzubleiben**

0 Luftnot 0 schwere Beine 0 Schmerzen in den Beinen 0
Herzstiche 0 Enge oder Druckgefühl im Brustkorb

Meine Belastbarkeit in den letzten 3-6 Monaten
0 ist gleich geblieben 0 besser 0 schlechter geworden

13. **Hatten Sie schon einmal eine der folgenden Beschwerden:**

Anfallsweise Luftnot, anfallsweise Schmerzen im Brustbereich, Ohnmachtsanfälle, Krampfanfälle, unangenehme Herzrhythmusstörungen?

0 nein Wenn ja, wann und in welcher Situation

14. **Wenn Sie uns sonst etwas Wichtiges zu Ihren aktuellen Beschwerden oder zu Ihrer Gesundheit mitteilen wollen**, haben Sie hier die Gelegenheit

München, den _____, _____
(Unterschrift, ggf in leserlicher Schrift wiederholen)

Geburtsdatum _____, Adresse _____

Vielen Dank für Ihre Bemühungen!

Wir hoffen, Ihnen die Wartezeit verkürzt zu haben und können jetzt aufgrund Ihrer Angaben die Behandlung zielgerichtet durchführen!

Ihr Team
der Internistischen Hausarztpraxis Dr. Schmid
Arzt für Innere Medizin, Kardiologie