



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

Name Patient _____

geb. _____

Straße _____

PLZ / Wohnort _____

Telefon _____

Mobiltelefon _____

E-Mail _____

Beruf _____

Familienstand _____

Waren Sie schon einmal bei uns in Behandlung Ja Nein

Behandelnder Arzt _____

Empfehlung durch _____

Rechnungsinformationen

Name Rechnungsempfänger _____

Sind Sie Privat versichert? – bei _____

Beihilfe berechtigt Ja Nein

Zusatzversichert? – bei _____

Selbstzahler? Ja Nein

Aktuelle Beschwerden wegen der die Praxis aufgesucht wird:

Allgemeine Lebensführung		
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?	<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
Wie viel Alkohol trinken Sie durchschnittlich täglich? Welche Sorte Alkohol?	Menge: Sorte:	
Wie viele Zigaretten rauchen Sie durchschnittlich täglich? Seit welchem Lebensalter rauchen Sie?	Zigaretten täglich: Seit Lebensalter:	
Allergien		
Sind Ihnen Allergien gegen Medikamente bekannt? Welche?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Welche:	
Bestehen Allergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten gegen bestimmte Substanzen wie Fisch, Eier, Milch, Glutamat, Laktose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Welche:	
Hausstauballergien? Blütenpollen? Andere? Welche?	Welche:	
Kopfbereich		
Leiden Sie unter Schwindel?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ohnmachtsanfällen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Epileptische Anfällen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Probleme mit den Augen? Welche?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Welche:	
Haben Sie Probleme mit dem Hören?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
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 lang anhaltend 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:	
Halsbereich		
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 bei sich festgestellt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Heiserkeit? Wie lange?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Wie lange:	

Leiden Sie unter Husten? Wie lange? Wie ist der Auswurf beschaffen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wie lange: Beschaffenheit:
Haben Sie Blut im Auswurf bemerkt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Brustbereich	
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 Herzjagen oder Herzstolpern?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie (manchmal) das Gefühl, dass Ihnen das Essen in der Speiseröhre stecken bleibt?	<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? Welche?	<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 in neuerer Zeit 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 Stuhles 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
Arme und Hände	
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
Beine und Füße	
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
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
Harn- und Geschlechtsorgane	
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?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Frauen: Tritt ein Sekret aus der Scheide?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Frauen: Haben Sie Beschwerden im Bereich der Brüste?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Frauen: Treten Beschwerden im Zusammenhang mit der Regelblutung auf?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haut		
Leiden Sie unter Hautveränderungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hautjucken?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Treten in neuerer Zeit schnell blaue Flecken auf?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Heilen bei Ihnen Hautwunden schlecht aus?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sonstiges:		