Dr.med. Axel Buchli, Facharzt Allgemeine Medizin FMH, Manuelle Medizin SAMM
Dorfstrasse 24, 3176 Neuenegg, Tel. 031 744 66 66 Fax 031 744 66 65
praxis@drbuchli.ch

Fragebogen zur Krankengeschichte und den aktuellen Problemen

Liebe Patientin, lieber Patient

Sie haben sich für einen Check-UP angemeldet und am ……. einen Termin für eine Blutentnahme, evtl. EKG und/oder Thoraxröntgenbild erhalten.
Am……. sind sie für die körperliche Untersuchung sowie die Besprechung der Resultate aufgeboten.

Zur besseren Vorbereitung und Erleichterung unserer Arbeit, bitten wir Sie diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen, und beim „Labortermin“ mitzubringen.

Vielen Dank.

Ihr Praxisteam

Warum möchten sie einen Check-UP?

- Haben Sie kürzlich unter ihren Angehörigen einen gravierenden Vorfall erlebt? ☐Ja ☐Nein
- Haben Sie Angst vor einer HIV-Infektion infolge von Risikokontakten? ☐Ja ☐Nein
- Haben Sie Symptome welche Ihnen Angst machen? ☐Ja ☐Nein
- Möchten Sie etwas Bestimmtes untersucht haben? ☐Ja ☐Nein
- Haben Sie zurzeit irgendwelche Beschwerden, wenn ja welcher Art? ☐Ja ☐Nein

Wenn Sie eine oder mehrere der obigen Fragen mit Ja beantwortet habe, dann machen Sie hier bitte nähere Angaben dazu.

.....

…….....

……..

.....

…….....

……..

Bestehen bei Ihnen Allergien oder Medikamenten-Unverträglichkeiten? ☐Ja ☐Nein

Welche?

……

Leiden Sie an bestimmten Erkrankungen / gibt es bekannte Diagnosen? ☐ Ja ☐Nein

Welche und seit wann?
……
……
……
……

Wurden Sie schon einmal operiert? ☐ Ja ☐Nein

Was wurde operiert? Wann? Wo?
.....
……
……

Waren Sie sonst schon einmal im Spital? Warum? ☐ Ja ☐Nein
.....
……
……

Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? ☐ Ja ☐Nein

Welche, Dosierung, wie oft im Tag?

.....
……
……

Welches ist Ihr Beruf? .....

Sind sie Allein stehend? Verheiratet? in einer Partnerschaft? Geschieden? Verwitwet? (zutreffendes Unterstreichen)

Haben Sie Kinder? Enkelkinder? Wie viele? Alter?
……..

Hobbies / Sport /Haustiere?.....

Rauchen Sie? ☐ Ja ☐ Nein. Wenn ja wie viel? ……. Päcken pro Tag seit ……. Jahren

Gibt es in Ihrer Familie schwerere Erkrankungen? ☐Ja ☐Nein

Wenn Ja welche? (wer? was?)

.....

…….....

……..

Gibt es in der Familie…

Diabetes (Zucker)	☐ Ja	☐ Nein
Herzleiden	☐ Ja	☐ Nein
Herzinfarkte	☐ Ja	☐ Nein
Hirninfarkte	☐ Ja	☐ Nein (Schlegli – Streifung)
Krebsleiden	☐ Ja	☐ Nein (Wenn ja – welcher Art?.....)

Systemanamnese:

Leistungsfähigkeit:	☐ normal	☐……	
Müdigkeit:	☐ normal	☐……	
Appetit:	☐ normal	☐……	
Durst:	☐ normal	☐……	
Gewicht (Selbstmessung):	……kg		
Grösse (Selbstmessung):	……cm		
Gewichtsverlauf:	☐ konstant	☐ zunehmend	☐ abnehmend
Diät:	☐ keine	☐……	
Schwitzen:	☐ normal	☐ vermehrt	☐ Nachtschweiss
Fieber:	☐ keines	☐……	
Schlafstörungen:	☐ keine	☐ Einschlaf-	☐ Durchschlaf-
Saures Aufstossen:	☐ nie	☐ gelegentlich	☐ oft
Magenbrennen:	☐ nie	☐ gelegentlich	☐ oft
Erbrechen:	☐ nie	☐ gelegentlich	☐ oft
Stuhlgang:	☐ regelmässig	☐ unregelmässig	☐ schwarz / Blut im Stuhl
Wasserlösen (Miktion)	☐ problemlos	☐ muss warten	☐ Nachtropfen
	☐ muss sehr oft Wasser lösen		☐ Schmerzen beim WL
Ungewollter Urinverlust: (Harninkontinenz)	☐ keine	☐ verliere gelegentlich Wasser ☐ beim Husten , Lachen, Rennen ☐ in Ruhe	
Geschwollene Beine	☐ nie	☐ gelegentlich	☐ oft (bei langem Stehen)
Nächtliches Wasserlösen:	☐ nie	☐ 1-2 x	☐ mehr als 2 x
Atembeschwerden:	☐ nie	☐ in Ruhe	☐ bei Anstrengung
Husten:	☐ nie	☐ gelegentlich	☐ oft
	☐ bei Anstrengung	☐ in der Kälte / (bei Temperaturunterschied)	
Auswurf:	☐ nie	☐ gelegentlich	☐ oft
Herz - Schmerzen:	☐ nie	☐ ……	

Schwindel:	☐ nie	☐ ……
Kopfschmerzen:	☐ nie	☐ ……
Gelenkschmerzen:	☐ nie	☐ ……
Hautkrankheiten:	☐ keine	☐ ……
Tierkontakt:	☐ kein	☐ ……
Zahnarzt	☐ in Behandlung	☐ ……
Körperliche Betätigung:	☐ nie	☐ gelegentlich ☐ regelmässig
	☐ Sport – was?.....	
Tropenaufenthalte:	☐ kein	☐ ……wann?……
Probleme beim Geschlechtsverkehr:		☐ keine ☐……
Schwangerschaft:	☐ nein	☐ ja , Woche: ……
Verhütung:	☐ keine	☐ Pille / Spirale / anderes:……
Erste Mens:	mit:…….Jahren	
Letzte Periode:	vor……Tagen, ……Wochen……Jahren	
Menopause:	ab dem Alter von ……..Jahren	
Asthma:	☐ kein	☐ ……
Ekzeme:	☐ keine	☐ ……
Heuschnupfen:	☐ kein	☐ ……
Milchschorf:	☐ kein	☐ ……
Lebensmittelallergie:	☐ keine	☐ ……
Insektenallergie:	☐ keine	☐ ……
Pollenallergie:	☐ keine	☐ ……
Medikamentenallergie:	☐ keine bekannt	☐ ……
Unklare Allergie:	☐ keine	☐ ……

Haben Sie Probleme mit den Augen? ☐ Ja ☐ Nein
Haben Sie Probleme mit dem Gehör? ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie im vergangenen Monat besonders gelitten unter / an…

…fehlendem Interesse bzw. fehlender Freude an eigentlich allem ☐ Ja ☐ Nein
…Niedergeschlagenheit, Deprimiertheit oder Hoffnungslosigkeit ☐ Ja ☐ Nein
…Nervosität, Angst oder Anspannung ☐ Ja ☐ Nein
…vielen Sorgen, die Sie sich über alles Mögliche gemacht haben ☐ Ja ☐ Nein
…Müdigkeit, Energielosigkeit ☐ Ja ☐ Nein
…Schlafstörungen ☐ Ja ☐ Nein

Trinken Sie regelmässig Alkohol? ☐ Ja ☐ Nein

Hatten Sie im vergangenen Monat…

…das Gefühl, Sie sollten ihren Alkoholkonsum einschränken? ☐ Ja ☐ Nein
… von jemandem Vorwürfe wegen Ihres Alkoholkonsums erhalten? ☐ Ja ☐ Nein
… wegen Ihrer Trinkgewohnheiten ein schlechtes Gewissen oder sich deswegen Sorgen gemacht? ☐ Ja ☐ Nein
… fünf oder mehr Gläser Bier, Wein oder fünf Schnäpse an einem einzigen Tag getrunken? ☐ Ja ☐ Nein

Ist Ihr Impfbüchlein auf dem neuesten Stand? – Bitte mitbringen!

Besten Dank für Ihre Mühe!

Bemerkungen: