

Fragebogen zur Krankengeschichte und den aktuellen Problemen

Liebe Patientin, lieber Patient **Name:**

Sie haben sich für einen Check-UP angemeldet und 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 zur Konsultation 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? Päckchen 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)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzleiden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzinfarkte	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hirninfarkte	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein (Schlegli – Streifung)
Krebsleiden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein (Wenn ja – welcher Art?.....)

Systemanamnese:

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

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

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	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
...Niedergeschlagenheit, Deprimiertheit oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
...Nervosität, Angst oder Anspannung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
...vielen Sorgen, die Sie sich über alles Mögliche gemacht haben	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
...Müdigkeit, Energielosigkeit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
...Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Trinken Sie regelmässig Alkohol? Ja Nein

Hatten Sie im vergangenen Monat...

...das Gefühl, Sie sollten ihren Alkoholkonsum einschränken?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
... von jemandem Vorwürfe wegen Ihres Alkoholkonsums erhalten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
... wegen Ihrer Trinkgewohnheiten ein schlechtes Gewissen oder sich deswegen Sorgen gemacht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
... fünf oder mehr Gläser Bier, Wein oder fünf Schnäpse		

