

Fragebogen zu Vorerkrankungen

Personalien

Familiennamenname			
ggf. Geburtsname			
Vorname:			
geboren am:		geboren in	
Straße:			
PLZ, Wohnort:			
tel. erreichbar unter Nr.			
Name /Anschrift Hausarzt:			

Seit der letzten Untersuchung haben sich keine Änderungen ergeben
(nur ankreuzen, wenn Untersuchung nicht länger als 1 Jahr zurückliegt)

A. Familienvorgeschichte

Gab es in Ihrer Familie eine der folgenden Krankheiten? (Als Familienangehörige gelten hier Großeltern, Eltern, Geschwister u. Kinder)

	ja	weiß nicht	nein
1. Hoher Blutdruck Wenn ja, wer? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Schlaganfall Wenn ja, wer? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Herzinfarkt Wenn ja, wer? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Diabetes Wenn ja, wer? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Gicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Lungentuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Geisteskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Krebs Wenn ja, wer? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ja	weiß nicht	nein
17. Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Gelbsucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Gallensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Nierenstein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Nierenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Nierenbeckenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Blasenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Häufige Kreuzschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Ischias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Gelenkerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Gicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Krampfadern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Thrombose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Venenentzündungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Embolie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Hauterkrankungen wenn ja, welche _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Epilepsie (Krampfanfälle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Geschlechtskrankheiten <i>Bei Männern:</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Vergrößerung Vorsteherdrüse (Prostatahyperthrophie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Bei Frauen:</i>			
37. Gebärmutterentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Eierstock-/Eileiterentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Eigene Vorerkrankungen:

	ja	weiß nicht	nein
1. Stirnhöhlenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kieferhöhlenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mandelentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Allergische Reaktionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Lungenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Rippenfellentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Lungentuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Herzbeschwerden (Engegefühl)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sonstige Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Magengeschwür	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Zwölffingerdarmgeschwür	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hatten Sie schon einmal einen Knochenbruch? ja nein
 Wenn ja, welcher Art? _____

Wann? (Jahr) _____

Hatten Sie schon einmal einen Unfall mit Verletzungsfolge? ja nein
 Wenn ja, welcher Art? _____

Wann? (Jahr) _____

Wurden Sie schon einmal operiert?

Wenn ja, woran?

Wann (Jahr)? _____

Hatten Sie Krankheiten, nach denen vorstehend nicht gefragt wird? **ja** **nein**

Welche? _____

Waren Sie schon einmal in stationärer Behandlung? **ja** **nein**

Wenn ja, weshalb? _____

Wo? _____

Wann (Jahr)? _____

Waren Sie schon einmal in einem Sanatorium oder einer Kurklinik? **ja** **nein**

Wenn ja weshalb? _____

Wo? _____

Wann (Jahr)? _____

Nehmen Sie Medikamente ein (außer Antibabypille)? **ja** **nein**

Wenn ja welche? _____

C. Leiden Sie häufig unter: **ja** **nein**

- | | | |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Schwindelgefühlen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Augenbeschwerden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Halsbeschwerden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Nasenbeschwerden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Ohrenbeschwerden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Beschwerden im Mund | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Beschwerden an den Zähnen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Atemnot | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Husten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Beschwerden in der Brust | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Herzbeschwerden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | ja | nein |
| 13. Beschwerden im Rücken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Beschwerden in Armen / Beinen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Beschwerden in Händen / Füßen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Allergien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Welche sind bekannt? _____ | | |

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 17. Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Beschwerden beim Essen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Brechreiz / Erbrechen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Wetterfühligkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Beschwerden im Bauch | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Beschwerden oder Veränderungen beim Stuhlgang | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Beschwerden in der Nierengegend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Beschwerden oder Veränderungen beim Wasserlassen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Beschwerden im Bereich der Geschlechtsorgane | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Menstruationsbeschwerden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Rauchen Sie?

Wenn ja, was und wieviel? _____

Nehmen Sie Drogen?

Wenn ja, wieviel und welche? _____

Trinken Sie Alkohol? **ja** **nein** **gelegentlich**

Was und wieviel? _____

Haben Sie sonstige Beschwerden? **Ja** **nein**

Wenn ja, welche? _____

D. Erklärung: **ja** **nein**

Sind Sie bereits früher durch unsere Dienststelle ärztlich untersucht worden?

Wenn ja, sind Sie damit einverstanden, dass diese Unterlagen zu der jetzt anstehenden Untersuchung herangezogen werden?

Ich bin damit einverstanden, dass der Inhalt des amtsärztlichen Zeugnisses/Gutachtens der anfordernden Stelle mitgeteilt wird (entfällt wenn Sie selbst Adressatin/Adressat sind).

Ich versichere, dass ich die Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens aufmerksam gelesen habe, dass die von mir gemachten Angaben den Tatsachen entsprechen und ich keine Angaben verschwiegen habe.

_____, den _____
Ort Datum

Unterschrift