Name:	Datum :	Geschlecht:		
Geburtsdatum:	Alter:	weibl. männl.		
	Familienstand::			
Welchen Beruf haben Sie erlernt? Welche Tätigkeit üben Sie aus?	Teilnahme bisla	ang an DMP oder Hausarztmodell		
Pflegestufe oder GDB in %	Telefonnr. von A			

## ÄRZTLICHE FRAGEN ZUR KRANKENVORGESCHICHTE

## Sehr geehrter Patient!

Die oben stehenden und alle nachfolgenden Fragen betreffen Ihre Person und Ihre Krankenvorgeschichte. Bitte den Fragebogen gewissenhaft und vollständig ausfüllen. Er dient zur besseren 1.Krankheitsfindung und um Zeit zu gewinnen.

Bitte kreuzen Sie das jeweils zutreffende Kästchen deutlich an.

Ihre Antworten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Alle Angaben sind freiwillig! Vielen Dank für Ihre Mitwirkung!

1.Jetzige Beschwerden. Gesundheitsstöru	ing:			Ja	nein	weiß nicht
			20. Nieren-, Harnleiter			
			oder Blasensteine			
			21. Krankheiten der Vorsteher-			
			Drüse (Prostata)			
			22. Schwierigkeiten beim			
			Wasserlassen,			
			23. Nächtliches Wasserlassen,			
		wenn ja, wie oft?				
Hatten Sie schon eine der folgenden Krankheiten?		24. Krankheiten der weiblichen				
	Ja nein	weiß nicht	Unterleibsorgane oder der Brüste?			
2. Typhus/Paratyphus/Ruhr			25. Unregelmäßige Periode			
7.1			letzte Periode am			
3. Tuberkulose (Tbc)			26. Hautkrankheiten			
4. Grüner Star, Glaukom			27. Syphilis, Tripper			
5. Nasen- Nebenhöhlenentzündung			28. Nervöse Beschwerden			
211111111111111111111111111111111111111			Nervenzusammenbruch			
6. Schilddrüsenkrankheiten			29. Wiederholter Hexenschuss			
o. beilitat abelia amaiene			oder Ischiasbeschwerden			
7. Lungen-, Rippenfellentzündungen oder länger dauernde Bronchitis			30. Epilepsie (Krampfanfälle)			
8. Asthma, Heuschnupfen			31. Zuckerkrankheit (Diabetes)			
9. Allergische Reaktionen, wie unver-			32. Gelenkrheumatismus mit			
träglichkeiten von Medikamenten			Fieber			
z.B. Penicillin o. Röntgen-Kontrast						-
10. Hoher Blutdruck			33. Gicht	-		1
11. Schlaganfall, Lähmungen			34. Andere Krankheiten der Gelenke oder der Wirbelsäule			
12. Herzinfarkt			35. Knochenbrüche, Unfälle,			
			Kriegsverletzungen			
13.Andere Herzkrankheiten oder Gefäßleiden			37. Krebs (einschl. Blutkrebs)			
14. Krampfadern Hämorrhoiden,			38. Andere Krankheiten			
Thrombose, offene Beine						
15. Magen- o.			Wenn ja, welche?			
Zwölffingerdarmgeschwür			= 1			
16. Verstopfung, Durchfall, Blut- beilagerung z. Stuhl						
17. Gelbsucht, Leberkrankheit						
18. Gallensteine 19. Nieren-, Nierenbecken-			Bitte wenden→			
oder Blasenentzündung						

	ja	nein		ja n	nein
39. Wurden Sie schon operiert? Wenn ja , woran?			52. durch Schichtarbeit		
			Sonstige Fragen zu Ihrer Person		
	(Antwort erwünscht aber nicht Bedingung) 53. Fühlen Sie sich häufig einsam? 54. Haben Sie Schwierigkeiten mit Ihrem Partner?( Ehegatte ,Freundin, Freund)				
40. Wurden Sie schon einmal mit Radium			55. Haben Sie Schwierigkeiten in der		
oder Röntgenstrahlen behandelt?			Familie?		-
Wenn ja, woran?			56. Sind Sie mit Ihrer derzeitigen Tätigkeit (Beruf, Haushalt, Ruhestand) unzufrieden?		
			57. Sind Sie mit Ihrer derzeitigen Wohnung unzufrieden?		
			58. Sind Sie mit Ihrer Nachbarschaft unzufrieden?		
			59. Haben Sie noch andere Sorgen oder		
		Schwierigkeiten?			
41. Wann war die letzte Röntgenuntersuchung?		60. Meinen Sie, dass Sie in Ihrem Leben zu wenig Erfolg gehabt haben?			
			61. Machen Sie sich Sorgen um Ihre Zukunft?		
42. Waren Sie in den letzten 12 Monaten in			Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten von		nmen?
Mittelmeerländern, Asien o. in den Tropen ?			(Zutreffendes bitte ankreuzen)		
<ul> <li>43. Nehmen oder nahmen Sie regelmäßig         Medikament ( auch Abführ-,Beruhigungs         -Schlaf-oder         Kopfschmerzen)         Wenn ja, welche</li> </ul>			Vater Mutte	Elter	
			62.Hoher Blutdruck,		
			Schlaganfall		
			63. Herzinfarkt		
			64. Übergewicht		
			65. Zuckerkrankheit (Diabetes)		
			66. Gicht		
			67. Nerven-,Gemüts- Geisteskrankheit		
44. Nehmen Sie oder nahmen Sie die Pille oder sonstige Hormonpräparate?			68.Epilepsie (Krampfan- anfalle)		
45. Trinken Sie regelmäßig Alkohol (Bier, Wein, Schnaps)?	0		69.Tuberkulose (Tbc)		
Wenn ja, wie viel?			70. Gallensteine, Nieren- steine, Blasensteine		
46. Rauchen Sie? (Zigaretten, Zigarren, Pfeife)?			71. Krebs(einschl.Blut- krebs)		
Wenn ja, wie viel)			72. Suchtkrankheiten (Drogen Alkohol, Medikamente)		
47. Haben Sie geraucht?					
48. Nehmen Sie oder nahmen Sie Drogen (LSD, Hasch ,Speed, Morphium oder andere)?					
49. Treiben Sie wenigern als zweimal wöchentlich Sport?					
Fühlen Sie sichin ihrer Gesundheit Beinträchtigt?					
50 durch Lärm (Arbeitsplatz, Freizeit, Nachtruhe)	)		1		
51. durch Staub/Rauch/Abgase (Arbeitsplatz,					
Wohnbereich)			(Unterschrift)		