Ärztlicher Fragebogen

zur Erkrankungsvorgeschichte

Zu - und Vorname:

Geb. Datum: Titel:

Wohnadresse:

Straße:

PLZ, Ort:

GRÖSSE (in cm): GEWICHT (in kg):

Sie werden ersucht, alle nachstehenden bisherigen Krankheiten, Operationen und Verletzungen in chronologischer Reihenfolge bekannt zu geben. Zutreffendes ist anzukreuzen und zu ergänzen.

Medikamenteneinnahme:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja nein

Wenn ja, welche (bitte Namen und Menge angeben)?

Kinderkrankheiten:

		ja	nein	weiß nicht
a)	Masern			
b)	Mumps			
c)	Röteln			
d)	Schafblattern			
e)	Scharlach			
f)	Keuchhusten			

Operationen:

		ja	nein	Jahr
a)	Mandeloperation			
b)	Blinddarmoperation			
c)	Leistenbruchoperation			
d)	Sonstige			

(Bitte unten Arzt, Operation und Jahr angeben)

Verletzungen:

		ja	nein	weiß nicht	Jahr
a)	Knochenbrüche	☐	☐	☐	

Art:

		ja	nein	weiß nicht	Jahr
b)	Sonstige Verletzungen (Ursache und Jahr angeben)	☐	☐	☐	

Art:

Kuraufenthalte:

Wann, wo und warum

Allergien:

Leiden oder litten Sie unter folgenden Krankheiten?
(Zutreffendes bitte ankreuzen und das Jahr der Erkrankungen bzw. deren Beginn angeben)

Stoffwechselerkrankungen:

		ja	nein	weiß nicht	Jahr
a)	Zuckerkrankheit	☐	☐	☐	
b)	Gicht, erhöhte Harnsäure	☐	☐	☐	
c)	Erkrankung d. Schilddrüse	☐	☐	☐	
d)	Erhöhung d. Blutfette	☐	☐	☐	

Neurologische und psychiatrische Erkrankungen:

		ja	nein	weiß nicht	Jahr
a)	Krampfanfälle	☐	☐	☐	
	Anfallsgeschehen	☐	☐	☐	
	Bewußtseinsstörungen	☐	☐	☐	
b)	Lähmungen	☐	☐	☐	
c)	Häufige Kopfschmerzen	☐	☐	☐	
d)	Schwindel	☐	☐	☐	
e)	Schlafstörungen	☐	☐	☐	
f)	Nervenwurzelentzündungen	☐	☐	☐	
g)	Depressionen	☐	☐	☐	
h)	Neuralgien	☐	☐	☐	
i)	Schlaganfall	☐	☐	☐	

		ja	nein	weiß nicht	Jahr
j)	Waren Sie in psychiatrischer Behandlung? Wenn ja, wann und wo:	☐	☐	☐	

		ja	nein	weiß nicht	Jahr
k)	Nehmen Sie regelmäßig Beruhigungstabletten?	☐	☐	☐	
l)	Selbstmordversuch	☐	☐	☐	
m)	Haben Sie jemals Drogen genommen? Wenn ja, welche:	☐	☐	☐	

Erkrankungen des Herzens und der Kreislauforgane:

		ja	nein	weiß nicht	Jahr
a)	erhöhter Blutdruck	☐	☐	☐	
	in Behandlung	☐	☐		
b)	Herzinfarkt	☐	☐	☐	
c)	Durchblutungsstörungen	☐	☐	☐	
d)	Embolie	☐	☐	☐	
e)	Angeborene Herzfehler	☐	☐	☐	
f)	Andere Herzerkrankungen	☐	☐	☐	
g)	Venenentzündungen	☐	☐	☐	
h)	Thrombosen	☐	☐	☐	

Erkrankungen der Lunge:

		ja	nein	weiß nicht	Jahr
a)	Lungenentzündung	☐	☐	☐	
b)	chron. Bronchitis	☐	☐	☐	
c)	Tuberkulose	☐	☐	☐	
d)	Asthma	☐	☐	☐	

Erkrankungen der Verdauungsorgane:

		ja	nein	weiß nicht	Jahr
a)	Gastritis	☐	☐	☐	
b)	Leberleiden	☐	☐	☐	
c)	chron. Leberentzündung	☐	☐	☐	
d)	Bauchspeicheldrüsenentzündung	☐	☐	☐	
e)	Wiederholt auftretendes Magengeschwür	☐	☐	☐	
f)	Zwölffingerdarmgeschwür	☐	☐	☐	
g)	Wiederholt auftretendes Zwölffingerdarmgeschwür	☐	☐	☐	

		ja	nein	weiß nicht	Jahr
h)	Gelbsucht	☐	☐	☐	
i)	Gallenblasenleiden	☐	☐	☐	
j)	Magen/Darmblutungen	☐	☐	☐	

Augenerkrankungen:

		ja	nein	weiß nicht	Jahr
a)	Kurzsichtigkeit	☐	☐	☐	
	Dioptrienzahl		links	rechts	
b)	Weitsichtigkeit	☐	☐	☐	
	Dioptrienzahl		links	rechts	
c)	Erhöhter Augendruck	☐	☐	☐	
d)	Grauer Star	☐	☐	☐	
e)	Brillenträger	☐	☐	☐	
f)	Kontaktlinsenträger	☐	☐	☐	
g)	Nachtblindheit	☐	☐	☐	
h)	Farbenschwäche	☐	☐	☐	
i)	Farbenblindheit	☐	☐	☐	

Hals-, Nasen-, Ohrenerkrankungen

		oft	selten	nie	
a)	Eitrige Angina	☐	☐	☐	
		ja	nein	weiß nicht	Jahr
b)	Schwerhörigkeit	☐	☐	☐	
c)	Ohrgeräusche	☐	☐	☐	
d)	Nasennebenhöhlenentzündung	☐	☐	☐	
e)	Mittelohrentzündung	☐	☐	☐	
f)	Heuschnupfen	☐	☐	☐	

Hauterkrankungen:

		ja	nein	weiß nicht	Jahr
a)	Hautallergien	☐	☐	☐	
b)	Hauttumore	☐	☐	☐	
	Wann operiert?				
c)	Tätowierungen:	☐	☐	seit: Monat	Jahr
	Größe, Sitz und Motiv angeben:				
d)	Piercing:	☐	☐	seit: Monat	Jahr
	Größe und Sitz angeben:				

Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane:

		ja	nein	weiß nicht	Jahr
a)	Harnblasenentzündungen	☐	☐	☐	
b)	Steinleiden	☐	☐	☐	
c)	Nierenbeckenentzündung	☐	☐	☐	
d)	Geschlechtskrankheiten	☐	☐	☐	
	Wo behandelt:				

		ja	nein	weiß nicht	Jahr
e)	Nierenkolik	☐	☐	☐	

Erkrankungen des Bewegungsapparates:

		ja	nein	weiß nicht	Jahr
a)	Gelenksentzündung	☐	☐	☐	
b)	Knochenbrüche	☐	☐	☐	
c)	Wirbelsäulenerkrankungen bzw. Fehlstellungen	☐	☐	☐	

Bluterkrankungen:

		ja	nein	weiß nicht	Jahr
a)	Anämie	☐	☐	☐	
b)	Leukämie	☐	☐	☐	
c)	Blutungsneigungen	☐	☐	☐	
d)	Lymphdrüsenkrebs	☐	☐	☐	

Krebserkrankungen:

	ja	nein	weiß nicht	Jahr
	☐	☐	☐	
Welche:				
Behandlung mit Röntgenstrahlen:	☐	☐	☐	
Sind Sie bundesheertauglich?	☐	☐	☐	

Zusatzfragen bei Männern:

		ja	nein	weiß nicht	Jahr
a)	Prostataerkrankungen	☐	☐	☐	
b)	Erkrankungen der Hoden/ Nebenhoden	☐	☐	☐	

Zusatzfragen bei Frauen:

		ja	nein	weiß nicht	Jahr
a)	Stehen Sie in regelmäßiger gynäkologischer Kontrolle?	☐	☐	☐	
b)	Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?	☐	☐	☐	
c)	Wann war die letzte gynäkologische Untersuchung?	Monat		Jahr	
d)	Gynäkologische Eingriffe/ Operationen Welche?	☐	☐	☐	

Sonstige akute oder chronische Erkrankungen, die bis jetzt nicht taxativ aufgezählt wurden:

Fragen zu Familienerkrankungen:

Sind in Ihrer Familie folgende Erkrankungen vorgekommen?

		ja	nein	weiß nicht	Jahr
a)	Tuberkulose	☐	☐	☐	
b)	Herzerkrankungen	☐	☐	☐	
c)	Steinleiden	☐	☐	☐	
d)	Nerven-, Gemüts- und Geistes-krankheiten	☐	☐	☐	
e)	Suchtkrankheiten (Alkohol, Medikamente, Drogen)	☐	☐	☐	
f)	Hoher Blutzucker	☐	☐	☐	
g)	Zuckerkrankheit	☐	☐	☐	
h)	Krebs	☐	☐	☐	
i)	Epilepsie	☐	☐	☐	
j)	Schlaganfall	☐	☐	☐	
k)	Rheuma	☐	☐	☐	

l)	Ist Ihr Vater bereits verstorben?	☐	☐	in welchem Alter?	
m)	Ist Ihre Mutter bereits verstorben?	☐	☐	in welchem Alter?	

Die Angaben über meine Vorgeschichte und jetzigen Beschwerden habe ich wahrheitsgetreu gemacht.

Ort u. Datum

Unterschrift

HINWEIS:
Die Unterzeichnung erfolgt nach einer ausführlichen Besprechung im Rahmen der ärztlichen Untersuchung.