

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kostenträgerkennung		Versicherten-Nr.		Status		
Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.		Datum		

Alter	Größe	Gewicht	Geschlecht	
			männl. <input type="checkbox"/>	weibl. <input type="checkbox"/>
Welchen Beruf haben Sie erlernt?				
Welche Tätigkeit üben Sie gegenwärtig aus			Liegt ein Unfall vor?	
			ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Familienstand:				
ledig <input type="checkbox"/>		verheiratet <input type="checkbox"/>		verwitwet <input type="checkbox"/>
getrennt lebend <input type="checkbox"/>		geschieden <input type="checkbox"/>		
Staatsangehörigkeit:				

## ÄRZTLICHE FRAGEN ZUR KRANKENVORGESCHICHTE

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Die Angaben zu Ihrer Person und Krankenvorgeschichte auf diesem Patientenfragebogen (einschließlich der Angaben oben, rechts und auf der Rückseite) dienen der Klärung Ihres Krankheits- oder Beschwerdebildes. Eine möglichst vollständige Beantwortung der Fragen, um die wir Sie bitten, ist in Ihrem Interesse. Zudem wird hiermit Zeit gewonnen, die für ein Gespräch oder eine notwendige Untersuchung sinnvoll genutzt werden kann.

Bitte, kreuzen Sie das jeweils zutreffende Kästchen deutlich an.  Ihre Antworten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Vielen Dank für Ihre Mitwirkung!

### 1. Jetzige Beschwerden, Gesundheitsstörungen:

a) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- |  | ja                       | nein                     | weiß nicht               |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| b) Haben Sie Fieber?                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Leiden Sie an Kopfschmerzen (auch Druckgefühl im Kopf)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Haben Sie Augenschmerzen?                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Haben Sie Halsschmerzen oder Schluckbeschwerden?        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Hatten Sie schon eine der folgenden Krankheiten?

- |  |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 2. Typhus/Paratyphus/Ruhr  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Tuberkulose (Tbc)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Grüner Star, Glaukom  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Nasen-Nebenhöhlenentzündungen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Schilddrüsenkrankheiten   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Lungen-, Rippenfellentzündung länger dauernde Bronchitis  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Asthma, Heuschnupfen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Allergische Reaktionen, wie Unverträglichkeit von Medikamenten oder Staub, Eiweiß etc. (z.B. Penicillin oder Röntgenkontrastmittel) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Hoher Blutdruck  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Schlaganfall, Lähmungen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Herzinfarkt  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Andere Herzkrankheiten oder Gefäßleiden  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Krampfadern, Hämorrhoiden, Thrombose, offene Beine   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Verstopfung, Durchfall, Blutbeimlagerungen z. Stuhl  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Gelbsucht, Leberkrankheiten  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Gallensteine   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Nieren-, Nierenbecken, oder Blasenentzündung   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- |   | ja                       | nein                     | weiß nicht               |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 20. Nieren-, Harnleiter- oder Blasensteine              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Krankheiten der Vorsteherdrüse (Prostata)           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Schwierigkeiten beim Wasserlassen                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Nächtliches Wasserlassen, wenn ja, wie oft _____    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Krankheiten der weiblichen Unterleibsorgane         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Erkrankungen der weibl. Brüste                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Unregelmäßige Periode Letzte Periode am _____       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Hautkrankheiten                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Syphilis, Tripper                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Nervöse Beschwerden, Nervenzusammenbruch            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Wiederholter Hexenschuß oder Ischiasbeschwerden     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. Epilepsie (Krampfanfälle)                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Zuckerkrankheit (Diabetes)                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Hypercholesterinämie (erhöhter Cholesteringehalt)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. Gicht   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35a Gelenkrheumatismus                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35b - mit Fieber  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. Andere Krankheiten der Gelenke oder der Wirbelsäule | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. Knochenbrüche, Unfälle, Kriegsverletzungen          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. Zahnwurzel-/Kiefererkrankungen                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. Blutarmut, Blutkrankheiten                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. Krebs (einschl. Blutkrebs)                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41. Andere Krankheiten Wenn ja, welche _____            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Schwangerschaft:**
- |                         | ja                       | nein                     | weiß nicht               |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 42. Sind Sie schwanger? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

bitte wenden →

**Sonstige Fragen zur Krankengeschichte:**

ja nein

43. Leiden Sie an einer Sehstörung?  ja  nein
44. Wurden Sie schon mal operiert/mehrfach operiert?  
Wenn ja, woran?  ja  nein
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

45. Wurden Sie schon einmal mit Radium oder Röntgenstrahlen behandelt?  
Wenn ja, woran?  ja  nein
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

46. Wann war die letzte Röntgenuntersuchung?
- \_\_\_\_\_

47. Waren Sie in den letzten 12 Monaten in Mittelmeerländern, in Asien oder in den Tropen?  ja  nein

48. Nehmen oder nahmen Sie regelmäßig Medikamente (auch Abführ-, Beruhigungs-, Schlaf oder Kopfschmerzmittel)?  
Wenn ja, welche?  ja  nein
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

49. Nehmen oder nahmen Sie die Pille oder sonstige Hormonpräparate?  ja  nein

50. Trinken Sie regelmäßig alkoholische Getränke?  ja  nein

51. Rauchen Sie gewohnheitsmäßig?  
Wenn ja, wieviel?  ja  nein
- \_\_\_\_\_

52. Haben Sie geraucht?  ja  nein

53. Nehmen oder nahmen Sie Drogen?  
Wenn ja, welche?  ja  nein
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

54. Treiben Sie weniger als zweimal wöchentlich Sport?  ja  nein

**Fühlen Sie sich in Ihrer Gesundheit beeinträchtigt?**

55. durch Lärm (Arbeitsplatz, Freizeit, Nachtruhe)  ja  nein

56. durch Staub/Rauch/Abgase (Arbeitsplatz, Wohnbereich)  ja  nein

57. durch Schichtarbeit  ja  nein

**Allgemeinbefinden:**

ja nein

58. Haben Sie innerhalb der letzten 12 Monate mehr als 5 kg zugenommen?  ja  nein
59. Haben Sie innerhalb der letzten 12 Monate mehr als 5 kg abgenommen?  ja  nein
60. Haben Sie auffallend großen Durst?  ja  nein
61. Schlafen Sie schlecht oder schlafen Sie schlecht ein?  ja  nein
62. Bedrückt Sie etwas ernstliches (beruflich, privat oder in der Partnerschaft)?  ja  nein
63. Leiden Sie an einer Neurose oder anderen nervösen Beschwerden?  ja  nein

**Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten vorgekommen?**

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

	Vater	Mutter	Großeltern	Kinder
64. Hoher Blutdruck, Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. Übergewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. Zuckerkrankheiten (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68. Gicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69. Nerven-, Gemüts-, Geisteskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. Epilepsie(Krampfanfälle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71. Tuberkulose (Tbc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72. Gallensteine, Nierensteine, Blasensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73. Krebs (einschl. Blutkrebs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74. Suchtkrankheiten (Alkohol, Medikamente, Drogen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75. Andere Krankheiten (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ja nein

76. Sind chronische Erkrankungen in der Familie bekannt?  
Wenn ja, welche?  ja  nein
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Datum/Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Mitwirkung!

57 80 03 500  
Vera Zakharova  
LANR: 871345301  
FÄ für Allgemeinmedizin  
Höchst 12 - 79871 Eisenbach  
Tel. 07657 719 - Fax 1689