Mitgl. gebpfl.	AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	UV *)
1								
frei 2	(Krankenkasse)							
Fam.-Angeh. gebpfl. 3	(Name des Versicherten/Versorgungsberechtigten)				(Vorname)		(geb. am)	
frei 4	(Ehegatte/Kind/Sonst. Angeh.)				(Vorname)		(geb. am)	
Rentner u. Fam.-Angeh. 5	(Mitglieds-Nummer)							
	(Wohnung des Patienten)							
BVG 6	Sonstige 7	8	Sprechst.-bedarf 9	Datum:				
*) Unfalltag:	Unfallbetrieb:							

Lochmarke | Schmalseite

Patientenfragebogen

Registrier-Nr.
Archiv-Nr.

Sehr geehrter Patient!

Die nachfolgenden Fragen betreffen Ihre Person und Ihre Krankenvorgeschichte. Sie dienen der Klärung Ihres Krankheits- oder Beschwerdebildes und erleichtern unser anschließendes Gespräch. Die **gewissenhafte** und **vollständige** Beantwortung der Fragen liegt daher in Ihrem eigenen Interesse.

Bitte, kreuzen Sie den jeweils zutreffenden Kreis deutlich an. ⊗

Ihre Antworten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Mit Dank für Ihre Mitwirkung **Ihr Arzt**

ausgefüllt am:	Alter:	Geschlecht männl. ◯ weibl. ◯

Welchen Beruf haben Sie erlernt?	Welche Tätigkeit üben Sie gegenwärtig aus?	Familienstand ledig ◯ verheiratet ◯ geschieden ◯ getrennt lebend ◯ verwitwet ◯	Staatsangehörigkeit

1. Warum kommen Sie heute zum Arzt?

Hatten Sie schon eine der folgenden Krankheiten?	**ja**	**nein**	**weiß nicht**
2. Typhus / Paratyphus / Ruhr	◯	◯	◯
3. Tuberkulose (Tbc)	◯	◯	◯
4. Grüner Star, Glaukom	◯	◯	◯
5. Nasen-Nebenhöhlenentzündungen	◯	◯	◯
6. Schilddrüsenkrankheiten	◯	◯	◯
7. Lungen-, Rippenfellentzündung oder länger dauernde Bronchitis	◯	◯	◯
8. Asthma, Heuschnupfen, Allergien	◯	◯	◯
9. Hoher Blutdruck	◯	◯	◯
10. Schlaganfall, Lähmungen	◯	◯	◯
11. Herzinfarkt	◯	◯	◯
12. Andere Herzkrankheiten oder Gefäßleiden	◯	◯	◯
13. Krampfadern, Thrombose, offene Beine	◯	◯	◯
14. Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür	◯	◯	◯
15. Gelbsucht, Leberkrankheiten	◯	◯	◯
16. Gallensteine	◯	◯	◯
17. Nieren-, Nierenbecken- oder Blasenentzündung	◯	◯	◯
18. Nieren-, Harnleiter- oder Blasensteine	◯	◯	◯
19. Krankheiten der Vorsteherdrüse (Prostata)	◯	◯	◯
20. Krankheiten der weiblichen Unterleibsorgane	◯	◯	◯
21. Syphilis, Tripper	◯	◯	◯
22. Hautkrankheiten	◯	◯	◯
23. Nervöse Beschwerden, Nervenzusammenbruch	◯	◯	◯
24. Epilepsie (Krampfanfälle)	◯	◯	◯
25. Zuckerkrankheit (Diabetes)	◯	◯	◯
26. Gicht	◯	◯	◯
27. Gelenkrheumatismus mit Fieber	◯	◯	◯
28. Andere Krankheiten der Gelenke oder der Wirbelsäule	◯	◯	◯
29. Knochenbrüche, Unfälle, Kriegsverletzungen	◯	◯	◯
30. Blutarmut, Blutkrankheiten	◯	◯	◯
31. Krebs (einschl. Blutkrebs)	◯	◯	◯
32. Andere Krankheiten Wenn ja, welche?	◯	◯	◯
33. Wurden Sie schon einmal operiert? Wenn ja, woran?	◯	◯	
34. Hatten Sie schon einmal eine Strahlentherapie (Behandlung mit Röntgen- oder Radiumstrahlen)?	◯	◯	
35. Waren Sie in den letzten 12 Monaten in Mittelmeerländern oder in den Tropen?	◯	◯	

Dieses Feld bitte für ärztliche Notizen freilassen!

bitte wenden →

Sonstige Fragen zu Ihrer Person	ja	nein	Dieses Feld bitte für ärztliche Notizen freilassen!
36. Fühlen Sie sich häufig einsam?	○	○	
37. Haben Sie Schwierigkeiten mit Ihrem Partner (Ehegatten, Freundin, Freund)?	○	○	
38. Haben Sie Schwierigkeiten in der Familie?	○	○	
39. Sind Sie mit Ihrer derzeitigen Tätigkeit (Beruf, Haushalt, auch im Ruhestand) **unzufrieden?**	○	○	
40. Sind Sie mit Ihrer derzeitigen Wohnung unzufrieden?	○	○	
41. Sind Sie mit Ihrer Nachbarschaft unzufrieden?	○	○	
42. Haben Sie noch andere Sorgen oder Schwierigkeiten?	○	○	
43. Meinen Sie, daß Sie in Ihrem Leben zu wenig Erfolg gehabt haben?	○	○	
44. Machen Sie sich Sorgen um **Ihre** Zukunft?	○	○	
45. Trinken Sie regelmäßig Alkohol (Bier, Wein, Schnaps)?	○	○	
46. Rauchen Sie (Zigaretten, Zigarren, Pfeife)?	○	○	
47. Haben Sie geraucht?	○	○	
48. Nehmen oder nahmen Sie Drogen (Hasch, Speed, LSD, Morphium oder andere)?	○	○	
49. Treiben Sie weniger als zweimal wöchentlich Sport?	○	○	
Fühlen Sie sich in Ihrer Gesundheit beeinträchtigt ...			
50. ... durch Lärm/Staub/Rauch/Abgase	○	○	
51. ... durch Schichtarbeit?	○	○	
52. Nehmen oder nahmen Sie regelmäßig Medikamente (auch Abführ-, Beruhigungs-, Schlaf- oder Kopfschmerzmittel)? Wenn ja, welche?	○	○	
53. Nehmen oder nahmen Sie die Pille?	○	○	
54. Wieviel Geburten hatten Sie?			
55. Wieviel Fehlgeburten/Totgeburten?			
56. Wieviel Schwangerschaftsunterbrechungen?			
57. Sind Sie z. Zt. schwanger?	○	○	

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten vorgekommen? (zutreffendes bitte ankreuzen)	Vater	Mutter	Großeltern	Kinder
58. Hoher Blutdruck, Schlaganfall	○	○	○	○
59. Herzinfarkt	○	○	○	○
60. Übergewicht	○	○	○	○
61. Zuckerkrankheit (Diabetes)	○	○	○	○
62. Gicht	○	○	○	○
63. Nerven-, Gemüts-, Geisteskrankheiten	○	○	○	○
64. Epilepsie (Krampfanfälle)	○	○	○	○
65. Tuberkulose (Tbc)	○	○	○	○
66. Gallensteine, Nierensteine, Blasensteine	○	○	○	○
67. Krebs (einschl. Blutkrebs)	○	○	○	○
68. Suchtkrankheiten (Alkohol, Medikamente, Drogen)	○	○	○	○

	ja	nein
Wurde bei der Beantwortung der Fragen geholfen?	○	○

Kuren, Heilverfahren: Wann?

Weshalb?

Anerkennung als Schwerbehinderter?

Wegen?

Bezugsquelle: CEDIP GmbH · Tel.: 0 89 / 96 07 81-0 · Postfach 46 02 45 · 80910 München

Bestell-Nr. 1120