Анкета пациента

	AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Mitgl. gebpfl. 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	Personenkennziffer:						

Кто Вы по профессии?

Какой деятельностью занимаетесь в данное время?

Уважаемый пациент!

Следующие вопросы касаются Вашей личности и предварительной истории заболевания. Они служат выяснению причин Вашего заболевания и Ваших жалоб и облегчают наш последующий разговор. Поэтому в Вашем интересе, отвечать на вопросы **добросовестно и полностью.**

Пожалуйста, поставьте крестик в соответствующем кружке: ☒

Ваши ответы, само собой понятно, подлежат соблюдению тайны со стороны врача.

Спасибо за Вашу поддержку! **Ваш врач**

Заполнено:	Возраст:	Пол: муж.: ◯ жен.: ◯
Семейное положение: хол.: ◯ женат: ◯ разв.: ◯ жив. разд. ◯ овдов.: ◯		Гражданство:

1. Почему Вы пришли сегодня к врачу? / *Warum kommen Sie heute zum Arzt?*

Болели ли Вы уже одной из след. болезней? **Hatten Sie schon eine der folgenden Krankheiten?**	да	нет	не знаю	Это поле оставить для записей врача
2. Тиф / паратиф / дизентерия *Typhus / Paratyphus / Ruhr*	◯	◯	◯	
3. Туберкулёз *Tuberkulose (Tbc)*	◯	◯	◯	
4. Глаукома *Grüner Star, Glaukom*	◯	◯	◯	
5. Воспаление носа / придаточной пазухи *Nasen-Nebenhöhlenentzündungen*	◯	◯	◯	
6. Заболевания щитовидной железы *Schilddrüsenkrankheiten*	◯	◯	◯	
7. Воспаление легких, плеврит, длит. бронхит *Lungen-, Rippenfellentzündung oder länger dauernde Bronchitis*	◯	◯	◯	
8. Астма, сенная лихорадка, аллергия *Asthma, Heuschnupfen, Allergien*	◯	◯	◯	
9. Высокое давление *Hoher Blutdruck*	◯	◯	◯	
10. Кровоизлияние в мозг, паралич *Schlaganfall, Lähmungen*	◯	◯	◯	
11. Инфаркт сердца *Herzinfarkt*	◯	◯	◯	
12. Другие заболевания сердца и сосудов *Andere Herzkrankheiten oder Gefäßleiden*	◯	◯	◯	
13. Расшир. вены, тромбоз, «открытые» ноги *Krampfadern, Thrombose, offene Beine*	◯	◯	◯	
14. Язва желудка и двенадцатиперс. кишки *Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür*	◯	◯	◯	
15. Желтуха, заболевания печени *Gelbsucht, Leberkrankheiten*	◯	◯	◯	
16. Камни в желчном пузыре *Gallensteine*	◯	◯	◯	
17. Воспаление почек, поч. лох., моч. пузыря *Nieren-, Nierenbecken- oder Blasenentzündung*	◯	◯	◯	
18. Камни в почках, мочеводе и моч. пузыре *Nieren-, Harnleiter- oder Blasensteine*	◯	◯	◯	
19. Заболевание простаты *Krankheiten der Vorsteherdrüse (Prostata)*	◯	◯	◯	
20. Заболевания женских органов *Krankheiten der weiblichen Unterleibsorgane*	◯	◯	◯	
21. Сифилис, триппер *Syphilis, Tripper*	◯	◯	◯	
22. Кожные заболевания *Hautkrankheiten*	◯	◯	◯	
23. Нервные заболевания, истощение нерв. сис. *Nervöse Beschwerden, Nervenzusammenbruch*	◯	◯	◯	
24. Эпилепсия (конвульсия) *Epilepsie (Krampfanfälle)*	◯	◯	◯	
25. Сахарная болезнь (диабет) *Zuckerkrankheit (Diabetes)*	◯	◯	◯	
26. Подагра *Gicht*	◯	◯	◯	
27. Ревматизм суставов с температурой *Gelenkrheumatismus mit Fieber*	◯	◯	◯	
28. Другие заболевания суставов или позвоночника *Andere Krankheiten der Gelenke oder der Wirbelsäule*	◯	◯	◯	
29. Перелом костей *Knochenbrüche, Unfälle, Kriegsverletzungen*	◯	◯	◯	
30. Малокровие, заболевания крови *Blutarmut, Blutkrankheiten*	◯	◯	◯	
31. Рак (включая рак крови) *Krebs (einschl. Blutkrebs)*	◯	◯	◯	
32. Другие заболевания / *Andere Krankheiten* Если да, то какие? / *Wenn ja, welche?*	◯	◯	◯	
33. Имели ли Вы операции? / *Wurden Sie schon einmal operiert?* Если да, то какие? / *Wenn ja, woran?*	◯	◯		
34. Подвергались ли Вы терапии облучением? (Лечение рентгеновскими или радиевыми лучами) *Hatten Sie schon einmal eine Strahlentherapie (Behandlung mit Röntgen- oder Radiumstrahlen)?*	◯	◯		
35. Были ли Вы в последние 12 месяцев на Среднем море или в тропиках? / *Waren Sie in den letzten 12 Monaten in Mittelmeerländern oder in den Tropen?*	◯	◯		

Смотри на обороте →

Прочие вопросы касательно Вашей личности / Sonstige Fragen zu Ihrer Person	да	нет	Это поле оставить для записей врача
36. Часто ли Вы чувствуете себя одинокими? *Fühlen Sie sich häufig einsam?*	○	○	
37. Есть ли у Вас проблемы с партнером (муж, жена, подруга, друг)? *Haben Sie Schwierigkeiten mit Ihrem Partner (Ehegatten, Freundin, Freund)?*	○	○	
38. Какие-либо трудности в семье? *Haben Sie Schwierigkeiten in der Familie?*	○	○	
39. Недовольны ли Вы Вашей деятельностью в данное время (работа, домашнее хозяйство или пенсия? *Sind Sie mit Ihrer derzeitigen Tätigkeit (Beruf, Haushalt, auch im Ruhestand) unzufrieden?*	○	○	
40. Недовольны ли Вы своей квартирой? *Sind Sie mit Ihrer derzeitigen Wohnung unzufrieden?*	○	○	
41. Недовольны ли Вы своими соседями? *Sind Sie mit Ihrer Nachbarschaft unzufrieden?*	○	○	
42. Есть ли у Вас другие заботы или трудности? *Haben Sie noch andere Sorgen oder Schwierigkeiten?*	○	○	
43. Считаете ли Вы, что достигли мало успехов в жизни *Meinen Sie, daß Sie in Ihrem Leben zu wenig Erfolg gehabt haben?*	○	○	
44. Беспокоитесь ли Вы о своем будущем? *Machen Sie sich Sorgen um Ihre Zukunft?*	○	○	
45. Регулярно ли пьёте алкоголь (пиво, вино, крепкое)? *Trinken Sie regelmäßig Alkohol (Bier, Wein, Schnaps)?*	○	○	
46. Курите ли Вы? *Rauchen Sie (Zigaretten, Zigarren, Pfeife)?*	○	○	
47. Курили ли Вы раньше? *Haben Sie geraucht?*	○	○	
48. Принимаете ли Вы наркотики (гашиш, спид, ЛСД, морфий и др.)? *Nehmen oder nahmen Sie Drogen (Hasch, Speed, LSD, Morphium oder andere)?*	○	○	
49. Занимаетесь ли Вы меньше двух раз в неделю спортом? *Treiben Sie weniger als zweimal wöchentlich Sport?*	○	○	
Чувствуете ли Вы, что Ваше здоровье страдает: **Fühlen Sie sich in Ihrer Gesundheit beeinträchtigt...**			
50. от шума / пыли / дыма / выхлопных газов *...durch Lärm / Staub / Rauch / Abgase*	○	○	
51. от работы в смену *...durch Schichtarbeit?*	○	○	
52. Принимаете или принимали ли Вы регулярно лекарста (тоже слабительное, снотворное, от головной боли)? *Nehmen oder nahmen Sie regelmäßig Medikamente (auch Abführ-, Beruhigungs-, Schlaf- oder Kopfschmerzmittel)?* Если да, то какие / *Wenn ja, welche?*	○	○	
53. Принимаете ли Вы противозачаточное средство *Nehmen oder nahmen Sie die Pille?*	○	○	

54. **Были ли в Вашей семье следующие заболевания?** (поставьте крестик на соответствующем месте) **Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten vorgekommen?** *(Zutreffendes bitte ankreuzen)*	отец	мать	дед. баб	дети
55. Высокое давление, кровоизлияние *Hoher Blutdruck, Schlaganfall*	○	○	○	○
56. Инфаркт сердца *Herzinfarkt*	○	○	○	○
57. Излишний вес *Übergewicht*	○	○	○	○
58. Сахарная болезнь (диабет) *Zuckerkrankheit (Diabetes)*	○	○	○	○
59. Подагра *Gicht*	○	○	○	○
60. Нервные, душевные, психические заболевания *Nerven-, Gemüts-, Geisteskankheiten*	○	○	○	○
61. Эпилепсия (судороги) *Epilepsie (Krampfanfälle)*	○	○	○	○
62. Туберкулёз *Tuberkulose (Tbc)*	○	○	○	○
63. Камни в желч. пузыре, почках, моч. пузыре *Gallensteine, Nierensteine, Blasensteine*	○	○	○	○
64. Рак (включая рак крови) *Krebs (einschl. Blutkrebs)*	○	○	○	○
65. Наркомания (алкоголь, лекарства, наркотики) *Suchtkrankheiten (Alkohol, Medikamente, Drogen)*	○	○	○	○

	да	нет
66. Помогали ли Вам при ответах на вопросы? *Wurde bei der Beantwortung der Fragen geholfen?*	○	○

Entwurf: AK „Praktische Medizin" der Deutschen Gesellschaft für medizinische Dokumentation und Statistik, und ARO e.V., Kassel
Bezugsquelle: CEDIP GmbH · Tel.: 0 89 / 96 07 81-0 · Postfach 46 02 45 · 80910 München