



---

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

in Ergänzung zur mündlichen Erhebung der Krankengeschichte möchten wir Sie sehr bitten, die folgenden Fragen zu beantworten. Fragen, die Sie nicht beantworten können oder nicht beantworten möchten lassen Sie einfach offen. Sollten Sie Fragen zur Bearbeitung des Fragebogens haben, so wenden Sie sich bitte an unsere Assistentinnen oder Ihren behandelnden Arzt – wir sind Ihnen gerne behilflich. Vielen Dank

**Name:**

**Datum:**

---

⇒ Sind bei Ihnen **Allergien** gegen Medikamente, Lebensmittel oder andere Stoffe bekannt ?

ja ( ) nein ( ) wenn ja: gegen welche Dinge ?

⇒ Hatten Sie schon mal einen **Schlaganfall** ?

ja ( ) nein ( ) wenn ja: mit bleibenden körperlichen Folgen ? ja ( ) nein ( )

⇒ Sind andere Erkrankungen des **Gehirns** oder des **Nervensystems** bekannt (z.B. Epilepsie, Multiple Sklerose, Parkinsonsche Erkrankung, Morbus Alzheimer, Lähmungen, ...)

ja ( ) nein ( ) Wenn ja: welche ?

⇒ Haben Sie Erkrankungen der **Augen**, der **Ohren**, des **Geruchssinns** oder der **Haut** ?

ja ( ) nein ( ) wenn ja: welche ?

⇒ Ist eine **Zuckerkrankheit** (Diabetes mellitus) bei Ihnen bekannt?

ja ( ) nein ( ) wenn ja: seit wann ? mit Insulin behandelt ? ja ( ) nein ( )

⇒ Ist eine **Blutfett-Erhöpfung / Cholesterinerhöhung** bei Ihnen bekannt ?

ja ( ) nein ( ) wenn ja: seit wann ? mit Medikamenten behandelt ? ja ( ) nein ( )

⇒ Ist eine **Harnsäure-Erhöpfung / Gicht** bei Ihnen bekannt ?

ja ( ) nein ( ) wenn ja: seit wann ? mit Medikamenten behandelt ? ja ( ) nein ( )

⇒ Ist bei Ihnen ein **zu hoher Blutdruck** (Hypertonus) bekannt geworden ?

ja ( ) nein ( ) wenn ja: seit wann ? mit Medikamenten behandelt ? ja ( ) nein ( )

⇒ Hatten Sie einen **Herzinfarkt** ?

ja ( ) nein ( ) wenn ja: wann ?

⇒ Sind andere Erkrankungen des **Herzens** bekannt geworden (Herzschwäche, Herzvergrößerung, ...)?

ja ( ) nein ( ) wenn ja: welche ?

⇒ Sind Erkrankungen der **Lunge** und/oder der **Bronchien** bei Ihnen bekannt geworden ?

ja ( ) nein ( ) wenn ja: welche ?

⇒ Sind bei Ihnen Erkrankungen der **Speiseröhre**, des **Magens** oder des **Darmes** bekannt geworden ?

ja ( ) nein ( ) wenn ja: welche ?





Welche Ärzte oder Krankenhäuser/Kliniken könnten evtl. noch **wichtige Befunde** von Ihnen haben ?

-  
-  
-  
-

Unter welchen der folgenden **Symptome leiden** Sie **häufig** und/oder **stark** (bitte ankreuzen) ?

<b>Symptom</b>	<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>Symptom</b>	<b>ja</b>	<b>nein</b>
Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lymphknotenschwellungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schluckstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sodbrennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rückenschmerzen Halsbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rückenschmerzen Brust/Lendenber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hüft-/Beinschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schulter-/Armschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhlnunregelmäßigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muskelschwäche, Kraftlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchfall (mehr als 3 x / Tag)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arm- oder Beinschwellungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstopfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ungewollter Stuhlabgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bewegungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ungewollter Urinabgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blähungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geh-/Gleichgewichtsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-/ Darmkrämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bewusstlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Darmblutungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sehstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gallenkoliken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenkoliken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ausgeprägte Tagesmüdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemnot bei Belastung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beeinträchtigte Sexualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemnot in Ruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Häusliche oder familiäre Probleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trockener Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Probleme am Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Husten mit Auswurf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soziale Probleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brustschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depressionen / Traurigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angst / übermäßige Sorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nervosität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unregelmäßiger Herzschlag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Merk- / Gedächtnisstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unangenehm starkes Schwitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antriebslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige ?

-  
-  
-  
-

Welche der folgenden Erkrankungen sind **bei Eltern oder Geschwistern** bekannt geworden ?

<b>Erkrankung</b>	<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>Erkrankung</b>	<b>ja</b>	<b>nein</b>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenkrebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plötzlicher Herztod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brustkrebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungenkrebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schwere Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magenkrebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thrombosen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Darmkrebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenembolien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	andere Art von Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank für Ihre Mühe