



Patientenfragebogen

Patientenetikett:

Lindenberger Weg 19, Haus 201/203
13125 Berlin-Buch
Telefon 030 947 92 - 0

Datum:

**Liebe Patientin, lieber Patient,
wir bitten Sie herzlich, vor unserer ärztlichen Untersuchung folgende Fragen zu beantworten.
Vielen Dank für Ihre Mithilfe!**

Welche Beschwerden führten zu Ihrem Krankenhausaufenthalt?

Was ist das Ziel Ihres Krankenhausaufenthaltes?

1. a) Herz-Kreislaufferkrankungen

Bluthochdruck:	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Herz-Rhythmusstörungen:	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt, Herzkranzgefäßerkrankung:	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall:	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen, Gefäßverkalkung:	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
andere:	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>

Seit wann?

1. b) Erkrankungen der Atemwege

Mandelentzündungen:	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Nasennebenhöhlenentzündungen:	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
chronische Bronchitis:	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Asthma bronchiale:	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
andere:	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>

1. c) Stoffwechselerkrankungen

Fettstoffwechselstörung:	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit):	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen der Schilddrüse:	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Gicht:	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
andere:	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>

Bitte beachten Sie, dass dieser Fragebogen aus 4 Seiten besteht.

1. d) Magen- Darmerkrankungen, Lebererkrankungen

- Sodbrennen, Refluxkrankheit: ja nein
- Magengeschwür/ Gastritis: ja nein
- chronische Darmentzündungen
(M. Crohn, Colitis ulcerosa): ja nein
- chronische Lebererkrankung, Leberfunktionsstörung: ja nein
- Magenspiegelung: ja nein
- Darmspiegelung: ja nein
- andere: ja nein

Seit wann?

Wenn ja, wann zuletzt? _____

Wenn ja, wann zuletzt? _____

1. e) Erkrankungen des Nervensystems

- Nervenlähmungen: ja nein
- Schlaganfall: ja nein
- Multiple Sklerose: ja nein
- Epilepsie: ja nein
- Muskelerkrankung: ja nein
- psychische Erkrankung/ Depression: ja nein
- erhöhter Alkoholkonsum oder/ und Drogen: ja nein
- andere: ja nein

1. f) Hauterkrankungen

- Schuppenflechte: ja nein
- Neurodermitis: ja nein
- andere: ja nein

1. g) Erkrankungen von Nieren und Unterbauch

- chronische Nierenerkrankungen: ja nein
- Entzündungen/ Infektionen der Harnwege: ja nein
- letzte Vorsorgeuntersuchung: Welche? _____
- andere: ja nein

Wann? _____

- Frauen** Erste Regelblutung: _____
- Letzte Regelblutung: _____
- Fehlgeburten: ja nein
- Männer** Prostataerkrankung: ja nein

1. h) Rheumatische Erkrankungen

- ja nein

Wenn ja, welche? _____

1. i) Tumorerkrankungen

- ja nein

Wenn ja, welche? _____

1. j) Allergien, Unverträglichkeiten

- ja nein

Wenn ja, welche? _____

Medikamente: _____

Röntgenkontrastmittel: _____

andere: _____

1. k) Infektionserkrankungen

- Tuberkulose: ja nein
- Hepatitis: ja nein
- andere (z.B. HIV): ja nein

Wenn ja, welche? _____

2. Rauchen Sie?

- ja nein

Wenn ja, wie viel Zigaretten täglich? _____ Seit wann rauchen Sie? _____

3. Wurden Sie schon einmal operiert?

Art der Operation	Krankenhaus/Praxis	Monat/ Jahr

4. Hatten Sie einen Knochenbruch?

ja nein

Wenn nein, dann weiter mit **Frage 5**

Wenn ja, im Rahmen eines Unfalls?

ja nein

Spontan?

ja nein

Bitte schildern Sie kurz was ist passiert und welche Verletzungen Sie erlitten haben.

5. Lagen Sie aus anderen Gründen schon einmal im Krankenhaus?

Grund der Krankenhausbehandlung	Krankenhaus	Monat/ Jahr

6. Sind Ihnen Erkrankungen bei Familienangehörigen (Blutsverwandten) bekannt?

Rheuma: _____

Hautkrankheiten (z.B. Schuppenflechte): _____

Tumorerkrankungen: _____

Herz-Kreislaufkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall): _____

7. Wie ist Ihre familiäre Situation?

ledig verheiratet geschieden verwitwet in Partnerschaft lebend Anzahl der Kinder: _____

8. Wie ist Ihre berufliche Situation?

erlernter Beruf: _____

zuletzt ausgeübter Beruf: _____

arbeitsunfähig seit: _____ berentet seit: _____ wegen: _____

Schwerbehinderung: ja nein GdB: _____ laufendes Rentenverfahren: ja nein

