



Patientenfragebogen

Patientenetikett:

Lindenberger Weg 19, Haus 201/203
13125 Berlin-Buch
Telefon (0 30) 9 47 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"/>	Seit wann?	_____
Herz-Rhythmusstörungen:	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>		_____
Herzinfarkt, Herzkranzgefäßkrankung:	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"/>		_____

1. b) Erkrankungen der Atemwege

Mandelentzündungen:	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	Seit wann?	_____
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"/>	Seit wann?	_____
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 <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Männer | Prostataerkrankung: | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

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. Werden Sie wegen eines Unfalls stationär behandelt? ja nein

Wenn nein, dann weiter mit Frage 4

Wenn ja, war es ein Arbeitsunfall? ja nein

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

Wer behandelte Sie nach dem Unfall? _____

Wie wurden Sie bisher behandelt? _____

Wann wurde mit der Behandlung begonnen? _____

4. Werden Sie wegen eines Unfalls stationär behandelt?

Art der Operation	Krankenhaus/Praxis	Monat/Jahr

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

