

# ÄRZTLICHE FRAGEN ZUR KRANKENVORGESCHICHTE

Name, Vorname d. Patienten	Alter	Geschlecht <input type="radio"/> männl. <input type="radio"/> weibl.
Welchen Beruf haben Sie erlernt?		Welche Tabletten nehmen Sie?

## Jetzige Beschwerden, Gesundheitsstörungen:

	Ja	Nein	Weiß nicht		Ja	Nein	Weiß nicht
1. Haben Sie Fieber?				2. Leiden Sie an Kopfschmerzen oder -Druck			
3. Haben Sie Halsschmerzen				4. Haben Sie auffallend großen Durst?			
5. Schlafen Sie schlecht, oder schlafen Sie schlecht ein?				6. Bedrückt Sie etwas ernstliches (beruflich, privat oder i. d. Partnerschaft)?			
7. Leiden Sie an nervösen Beschwerden?				8. Haben Sie in den letzten 12 Monaten mehr als 5 kg zugenommen?			

## Hatten Sie schon folgende Krankheiten?

9. Grüner Star, Glaukom				10. Schilddrüsenkrankheiten			
11. Lungen-, Rippenfellentzündungen, länger dauernde Bronchitis				12. Asthma, Heuschnupfen			
13. Allergische Reaktionen				14. Hoher Blutdruck			
15. Schlaganfall, Lähmungen				16. Herzinfarkt			
17. Krampfadern, Thrombose				18. Magen- o. Zwölffingerdarmgeschwür			
19. Verstopfung, Durchfall, Blutbeilagerungen z. Stuhl				20. Gelbsucht, Leberkrankheiten			
21. Gallensteine				22. Nierenbecken-, oder Blasenentzündung			
23. Krankheiten der Prostata				24. Schwierigkeiten beim Wasserlassen			
25. Nächtliches Wasserlassen- wie oft				26. Krankheiten der Unterleibsorgane			
27. Erkrankungen der weibl. Brüste				28. Hautkrankheiten			
29. Nervöse Beschwerden,				30. wiederholte Ischiasbeschwerden			
31. Zuckerkrankheit (Diabetes)				32. Hypercholestrinämie			
33. Gicht				34. Gelenkrheumatismus			
35. Blutarmut, Blutkrankheiten				36. Krebs, (einschl. Blutkrebs)			
37. Andere Krankheiten, wenn ja, welche?				38. Nehmen Sie oder nahmen Sie die Pille oder sonstige Hormonpräparate?			

39. Trinken Sie regelmäßig alkoholische Getränke?				40. Rauchen Sie gewohnheitsmäßig? Wenn ja, wie viel?			
41. Haben Sie geraucht?				42. Treiben Sie weniger als 2x /Woche Sport?			
43. Nehmen Sie oder Nahmen Sie Drogen? wenn ja, welche?							

## Fühlen sie sich in Ihrer Gesundheit beeinträchtigt?

44. Durch Lärm (Arbeitsplatz, Freizeit, Nachtruhe				45. Durch Staub/ Rauch/ Abgase (Arbeitsplatz, Wohnbereich			
46. Durch Schichtarbeit?							

## Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten vorgekommen?

	Vater	Mutter	Großeltern	Kinder
46. Hoher Blutdruck, Schlaganfall?				
47. Herzinfarkt?				
48. Übergewicht?				
49. Zuckerkrankheiten (Diabetes)?				
50. Gicht				
51. Andere Krankheiten? Welche?				

