

Für Ihren Termin in unserer Arztpraxis bitten wir Sie, vorab diesen Fragebogen auszufüllen. Vielen Dank.

Krankenkasse:

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____ Privat Gesetzlich

Haben Sie aktuelle Beschwerden?

Soziale Anamnese:

ledig verheiratet seit: _____ verwitwet seit: _____ geschieden seit: _____

in Partnerschaft lebend allein lebend

Beruf/Berufstätigkeit: _____

Kinder (Alter, Geschlecht): _____

Krankheiten in der Familie:

Vater lebt verstorben an: _____ Alter: _____

Mutter lebt verstorben an: _____ Alter: _____

Brüder leben verstorben an: _____ Alter: _____

Schwestern leben verstorben an: _____ Alter: _____

Bedeutende Krankheiten in der Familie: Krebs _____

Zuckerkrankheit Gelenkkrankheit Tuberkulose Gemütskrankheit

Herzkrankheit Übergewicht Rheuma Allergien

Operationen:

Mandeln Gelenke Blinddarm Magen/Darm

Galle Brust Prostata Gebärmutter/Eierstöcke

Schilddrüse Nasennebenhöhlenpolypen andere: _____

Sonstige schwere Erkrankungen, Verletzungen oder Unfälle (mit oder ohne Krankenhausaufenthalt):

Stoffwechselkrankheiten:

Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) seit: _____ Tabletten seit: _____ Insulin seit: _____

erhöhte Harnsäure oder Gicht seit: _____ erhöhte Blutfette seit: _____

Schilddrüsenstörung seit: _____ andere: _____

Herz und Kreislauf:

Atemnot: bei Belastung in Ruhe Brustenge (Angina pectoris)

Herzrhythmusstörung Wassereinlagerungen Venenleiden anfallsweise Wadenschmerzen

niedriger Blutdruck Bluthochdruck seit: _____ Behandelt seit: _____

Atemwege:

häufige Infekte Husten Asthma bronchiale Sinusitis (Nebenhöhlenentzündung)

Magen/Darm:

Sodbrennen Magenschmerzen Magengeschwüre Empfindlichkeit

Bauchschmerzen Blähungen Gallenkoliken/Op

Stuhlgang: regelmäßig teilweise durchfällig verstopft

Harn- und Geschlechtsorgane:

Wasserlassen ohne Beschwerden häufig nachts _____ mal

Harnwegsinfekte früher heute keine ungewolltes Abgehen von Urin

Periode:

ja nein stark mittel schwach Dauer: _____ Abstand: _____ regelmäßig unregelmäßig
 Klimaterium seit: _____ Beschwerden: _____ Hitzewallungen
 Geburten: _____ Schwangerschaftsabbruch: _____ Fehl- oder Totgeburten: _____

Zentrales Nervensystem:

Kopfschmerzen Migräne Schwindel Sehstörung Empfindungsstörungen: Hände Füße

Knochen Gelenke:

Schmerzen in der Wirbelsäule: Gelenkschmerzen:
 HWS BWS LWS Schulter Hüfte Knie Händen Füßen

Allergien:

nein ja Welche? _____

Haut:

Hauterkrankung nein ja Welche? _____
 Nahrungsmittelunverträglichkeit: nein ja Welche? _____
 Hatten Sie Milchschorf als Baby? nein ja Hatten Sie Neurodermitis als Kind? nein ja

Vegetativum:

Schlaf: gut schlecht Einschlafstörungen Durchschlafstörungen
 Libido (sexuelles Verhalten) normal wenig stark
 Nervosität ja nein Konzentrationsschwäche ja nein
 Neigung zu Depression ja nein
 Stimmung gut schlecht schwankend
 gut ← 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 → schlecht

Medikamentöse Therapie

Schlaf-/Beruhigungsmittel: _____ Dosis tägl.: _____ Einnahme seit: _____
 Abführmittel: _____ Dosis tägl.: _____ Einnahme seit: _____
 Hormone: _____ Dosis tägl.: _____ Einnahme seit: _____
 Schmerzmittel: _____ Dosis tägl.: _____ Einnahme seit: _____

Ernährungsgewohnheiten:

Haben Sie regelmäßige Mahlzeiten? ja nein Hauptmahlzeit: morgens mittags abends
 Was essen Sie zum Frühstück? Müsli (glutenhaltig mit Weizen-/Roggen-Körnern) Milchprodukte (Joghurt, Quark, Käse)
 Weißmehlprodukte/Brot/Brötchen Vollkornbrot/-brötchen
 Mögen Sie Milchprodukte von: Kuh Schaf Ziege
 Trinken Sie/Essen Sie:
 Milch regelmäßig eher selten nur im Kaffee roh
 Joghurt regelmäßig eher selten mit Früchten natur
 Quark regelmäßig eher selten nur mit Kräutern
 Buttermilch regelmäßig eher selten nur mit Fruchtgeschmack
 Käse regelmäßig eher selten viel selten
 Haben Sie früher Milchprodukte gemocht? ja nein
 Vertragen Sie Vollkornprodukte? ja nein
 Essen Sie... .. glutenfrei? ja, seit: _____ nein ... glutenarm? ja, seit: _____ nein
 Haben Sie schon einmal gefastet? nein ja häufig diätet? nein ja
 Wie war Ihr Gewichtsverlauf in den letzten Jahren?

Risikofaktoren/Lebensstil:

Nikotin: nein ja Durchschnittlich tägl. Zigaretten: _____ Zigarren: _____ Pfeife: _____
 Alkohol: nein ja Durchschnittlich tägl. Bier: _____ Wein: _____ Spirituosen: _____
 Coffein: nein ja Durchschnittlich tägl. Tassen Kaffee: _____ Tassen Tee: _____
 Sport: nein ja Stunden in der Woche _____
 Streß: nein ja Partnerschaft Familie (Eltern/Geschwister) beruflich Seit wann? _____