

Allgemeinmedizin Markkleeberg

Dr. med. J. Esche/ Dipl.-Med. A. Gabriel-Müller/ Anne Bähringer

Ärztliche Fragen zur Krankenvorgeschichte

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, wir begrüßen Sie herzlich in unserer Praxis!
Bitte nehmen Sie sich für das Ausfüllen des Fragebogens ein wenig Zeit. Die nachfolgenden Fragen betreffen Ihre Person und Ihre Krankenvorgeschichte. Sie dienen der Klärung Ihres Krankheits- oder Beschwerdebildes und erleichtern unser anschließendes Gespräch.
Ihre Antworten unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht.

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Beruf:
Adresse:	
E-Mail-Adresse:	
Telefonnummer:	Handynummer:
Krankenkasse:	
bisheriger Hausarzt:	
Körpergröße:	Körpergewicht:
Pflegestufe (I/II/III):	Schwerbehindertenausweis: (ggf. Merkmale G/aG/H/B)
Pflegedienst, wenn vorhanden:	

1. Warum kommen Sie heute in unsere Praxis?

2. Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

Zutreffendes bitte ankreuzen!

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen/Steine | <input type="checkbox"/> Gelenkkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Blasenentzündungen | <input type="checkbox"/> Erkrankung der Wirbelsäule |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung (hohes Cholesterin) | <input type="checkbox"/> Prostataerkrankungen | <input type="checkbox"/> Bandscheibenschäden |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Gicht | <input type="checkbox"/> Grauen Star |
| <input type="checkbox"/> Herzschwäche | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Grüner Star/Glaukom |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Magen- oder Darmgeschwüre | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Zucker (Diabetes) | <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Tuberkulose (TBC) |
| <input type="checkbox"/> Gallensteine | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Asthma |
| | <input type="checkbox"/> Bluterkrankung | <input type="checkbox"/> COPD |

Andere Erkrankungen, wenn ja, welche?

3. Leiden Sie regelmäßig unter folgenden Beschwerden? Wenn ja, bitte ankreuzen!

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Brennen hinter dem Brustbein | <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Husten |
| <input type="checkbox"/> Herzschmerzen | <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörung | <input type="checkbox"/> Atemnot |
| <input type="checkbox"/> Herzklopfen, auch ohne Belastung | <input type="checkbox"/> Nervöse Beschwerden | <input type="checkbox"/> Häufiger Schnupfen |
| <input type="checkbox"/> Schweißausbrüche | <input type="checkbox"/> Ohrgeräusche | <input type="checkbox"/> Unklares Fieber (38/39°C) |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit/Brechreiz | <input type="checkbox"/> Schlafstörung | <input type="checkbox"/> Häufige Infekte |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust/-zunahme | <input type="checkbox"/> Vergesslichkeit | <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit |
| | <input type="checkbox"/> ständige Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Juckreiz |
| | <input type="checkbox"/> Sehstörungen | <input type="checkbox"/> Schmerzen |

Allgemeinmedizin Markkleeberg

Dr. med. J. Esche/ Dipl.-Med. A. Gabriel-Müller/ Anne Bähringer

4. Wurden bei Ihnen folgende Untersuchungen schon einmal durchgeführt?

- | | | |
|----------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Röntgen | <input type="checkbox"/> Magenspiegelung | <input type="checkbox"/> Belastungs-EKG |
| <input type="checkbox"/> MRT | <input type="checkbox"/> Darmspiegelung | <input type="checkbox"/> Ultraschall |
| <input type="checkbox"/> CT | | <input type="checkbox"/> EEG |

5. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

- ja nein

6. Haben Sie Allergien? Wenn ja, bitte ankreuzen!

	Ja, welche?	nein
Medikamente:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebensmittel:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gräser:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausstaub:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tierhaare:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebensmittel:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tierhaare:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andere:

7. Welche Fachärzte besuchen Sie regelmäßig?

Allgemeinmedizin Markkleeberg

Dr. med. J. Esche/ Dipl.-Med. A. Gabriel-Müller/ Anne Bähringer

8. Sind Sie schon einmal operiert worden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
wenn ja: was wurde operiert und wann?:		
<hr/>		
<hr/>		
<hr/>		
<hr/>		
<hr/>		

9. Sonstige Fragen zu Ihrem allgemeinen Befinden und Ihren Gewohnheiten in den letzten 12 Monaten. Bitte mit „ja“ oder „nein“ antworten!	Ja	Nein
Haben Sie einen verminderten Appetit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwankt Ihr Gewicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Inkontinenz von Blase oder Darm?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müssen sie nachts zur Toilette?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie oft starken Durst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habe Sie öfter Durchfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Verstopfungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafen Sie schlecht ein oder durch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie manchmal traurig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie häufig Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie? (wenn ja, wie viele pro Tag?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken Sie täglich Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konsumieren Sie Drogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie häufig Schmerz-, Abführmittel-, Beruhigungs- oder Schlaftabletten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treiben sie Sport?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernähren Sie sich gesund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernähren Sie sich vegetarisch oder vegan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Allgemeinmedizin Markkleeberg

Dr. med. J. Esche/ Dipl.-Med. A. Gabriel-Müller/ Anne Bähringer

10. Wenn Sie über 35 Jahre alt sind:

Wann war ihr letzter Check/ Gesundheitsuntersuchung? _____

Haut-Check? _____

11. Sind in Ihrer Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister, Kinder) eine der folgenden Krankheiten aufgetreten? Zutreffendes bitte ankreuzen!

- | | | |
|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Demenz |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Gallensteine | <input type="checkbox"/> Nervenkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Nierensteine | <input type="checkbox"/> Epilepsie (Krampfanfälle) |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Blasensteine | <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Übergewicht | <input type="checkbox"/> Gicht | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Tuberkulose |

Andere Erkrankungen, wenn ja, welche?

12. Nur für Frauen!

Wann war Ihre erste Regel?

Wann war Ihre letzte Regel?

Haben Sie Kinder geboren? ja, wie viele? : nein

Waren Sie schon einmal zur Mammographie? ja nein

Gehen Sie regelmäßig zum Frauenarzt ja nein

Nehmen Sie die Pille? ja, welche? : nein

Hatten Sie Fehl- oder Frühgeburten? ja nein

Allgemeinmedizin Markkleeberg

Dr. med. J. Esche/ Dipl.-Med. A. Gabriel-Müller/ Anne Bähringer

<u>13. Nur für Männer!</u>		
Krebsvorsorgeuntersuchung	<input type="checkbox"/> ja, zuletzt? :	<input type="checkbox"/> nein
Gehen Sie regelmäßig zum Urologen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben sie Probleme beim Wasserlassen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leiden sie an einer Erkrankung der Prostata?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<u>14. Impfungen</u>		
Haben Sie einen Impfpass?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<p>Falls Sie ihn dabei haben, geben Sie ihn bitte gleich unserer Mitarbeiterin an der Rezeption. Wenn nicht, so legen Sie ihn bitte beim nächsten Praxisbesuch an der Rezeption vor.</p>		

Hausbesuche bieten wir nur innerhalb von Markkleeberg an.	_____ Zur Kenntnisnahme Unterschrift des Patienten bzw. Sorgeberechtigten
--	---

Datenschutzrechtliche Einverständniserklärung für personenbezogene Patientendaten gemäß Europäische Datenschutzgrundverordnung (vom 27.05.2018)

Ich stimme der Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Versendung meiner während der Behandlung erhobener Daten zum Zweck der Erfüllung des Behandlungsauftrages, der Abrechnung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsens und anderer Abrechnungsstellen, sowie der Kooperation mit medizinischen Dienstleistern (Labore, Radiologie, Ärzten, Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen, Kommunikation im Medizinwesen-KIM, elektronische Patientenakte-ePA) zu.

Es ist möglich, diese Zustimmung zu begrenzen oder vollständig zurückzuziehen. Ohne Ihre grundsätzliche Zustimmung ist die medizinische Behandlung in unserer Praxis nicht möglich.

Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit gegenüber der Praxis schriftlich widerrufen werden. Im Fall des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen o.g. Personen/Unternehmen statt.

Datum: _____

Unterschrift des Patienten bzw. Sorgeberechtigten

Allgemeinmedizin Markklee- berg

Dr. med. J. Esche/ Dipl.-Med. A. Gabriel-Müller/ Anne Bähringer

So, nun haben Sie es geschafft!

Wenn Sie **70 Jahre** oder älter sind, lassen Sie sich bitte **an der Rezeption** noch den Zusatzbogen "**Angelina**" geben und füllen diesen bitte für uns aus!

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Nun können wir Ihre Beschwerden leichter verstehen und beurteilen.

Ihre vielleicht zukünftigen Hausärztinnen Frau Dr. med. Julia Esche, Frau Dipl.- med. A. Gabriel-Müller, Anne Baehringer