

## Fragebogen zur Krankengeschichte

Liebe Patientinnen und Patienten.

Dieser Fragebogen unterstützt uns dabei, Ihre Vorerkrankungen und Krankengeschichte zu erfassen. Er ersetzt nicht das ärztliche Gespräch. Alle Angaben sind selbstverständlich freiwillig.

Informationen zum Datenschutz finden Sie in unserer Patienteninformation zum Datenschutz.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_

erlernter Beruf: \_\_\_\_\_ ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

### Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten?

Nein  Ja - Welche? \_\_\_\_\_

### Sind oder waren bei Ihnen folgende Erkrankungen aufgetreten?

	Wann festgestellt?		Wann festgestellt?
<input type="radio"/> Diabetes	_____	<input type="radio"/> Nierenerkrankungen	_____
<input type="radio"/> Asthma/COPD	_____	<input type="radio"/> Psychische Erkrankungen	_____
<input type="radio"/> Bluthochdruck	_____	<input type="radio"/> Krebserkrankungen	_____
<input type="radio"/> Herzerkrankungen	_____	<input type="radio"/> Bluterkrankungen	_____
<input type="radio"/> Lebererkrankungen/ Gelbsucht	_____	<input type="radio"/> Rheuma	_____
<input type="radio"/> Schlaganfall	_____	<input type="radio"/> Hauterkrankungen	_____
<input type="radio"/> Thrombose/Embolie	_____	<input type="radio"/> Knochenerkrankungen (z.B. Osteoporose)	_____
<input type="radio"/> Blutungsneigung	_____	<input type="radio"/> Infektionskrankheiten (z.B. Tuberkulose, HIV)	_____
<input type="radio"/> Neurologische Erkrankungen (z.B. Demenz, Parkinson)	_____	<input type="radio"/> Sonstige	_____

**Hatten Sie Operationen oder Unfälle**

- Nein  Ja: Was und Wann? \_\_\_\_\_

**Welche Kinderkrankheiten hatten Sie?**

- Masern  Mumps  Röteln  Windpocken  
 Sonstige: \_\_\_\_\_

**Gibt es in Ihrer Familie folgende Erkrankungen?**

- Diabetes  Schlaganfall  Herzerkrankungen  Thrombose/Embolie  
 Krebs  Demenz  Sonstige: \_\_\_\_\_

**Rauchen Sie?**

- Nein, nie  Nicht mehr seit \_\_\_\_\_  Ja Seit wann? \_\_\_\_\_ Wie viel am Tag? \_\_\_\_\_

**Trinken Sie Alkohol?**

- Nein, nie  Ja Was? \_\_\_\_\_ Wie oft? \_\_\_\_\_

**Haben Sie eine Patientenverfügung?**

- Nein  Ja, seit: \_\_\_\_\_

**Liegt ein Pflegegrad vor?**

- Nein  Ja - welcher? \_\_\_\_\_

**Welche Fachärzte behandeln Sie?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Welche Medikamente nehmen Sie ein (auch Sprays und Nahrungsergänzungsmittel)?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Wen dürfen wir im Notfall informieren?**

Name: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_