

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status			
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis		Datum			

Alter	Größe	Gewicht	Geschlecht männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/>	
Welchen Beruf haben Sie erlernt?				
Welche Tätigkeit üben Sie gegenwärtig aus			Liegt ein Unfall vor? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Familienstand: ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/>				
Staatsangehörigkeit:				

## ÄRZTLICHE FRAGEN ZUR KRANKENVORGESCHICHTE

**Beate Kaesmacher**  
Fachärztin für Allgemeinmedizin  
**Josef Kaesmacher**  
Facharzt für Innere Medizin



### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Die Angaben zu Ihrer Person und Krankenvorgeschichte auf diesem Patientenfragebogen (einschließlich der Angaben oben rechts) dienen der Klärung Ihres Krankheits- oder Beschwerdebildes. Eine möglichst vollständige Beantwortung der Fragen, um die wir Sie bitten, ist in Ihrem Interesse. Zudem wird hiermit Zeit gewonnen, die für ein Gespräch oder eine notwendige Untersuchung sinnvoll genutzt werden kann.

Bitte kreuzen Sie das jeweils zutreffende Kästchen deutlich an.  Ihre Antworten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Vielen Dank für Ihre Mitwirkung!

#### 1. Jetzige Beschwerden, Gesundheitsstörungen:

a) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

	ja	nein	weiß nicht
b) Haben Sie Fieber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Leiden Sie an Kopfschmerzen (auch Druckgefühl im Kopf)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Haben Sie Augenschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Haben Sie Halsschmerzen oder Schluckbeschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ja	nein	weiß nicht
20. Nieren-, Harnleiter- oder Blasensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Krankheiten der Vorsteherdrüse (Prostata)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Schwierigkeiten beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Nächtliches Wasserlassen, wenn ja, wie oft _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Krankheiten der weiblichen Unterleibsorgane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Erkrankungen der weibl. Brüste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Unregelmäßige Periode Letzte Periode am _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Syphilis, Tripper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Nervöse Beschwerden, Nervenzusammenbruch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Wiederholter Hexenschuss oder Ischiasbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Epilepsie (Krampfanfälle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Hypercholesterinämie (erhöhter Cholesteringehalt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Gicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35a Gelenkrheumatismus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35b - mit Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Andere Krankheiten der Gelenke oder der Wirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Knochenbrüche, Unfälle, Kriegsverletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Zahnwurzel-/Kiefererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Blutarmut, Blutkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Krebs (einschl. Blutkrebs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Andere Krankheiten Wenn ja, welche _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Hatten Sie schon eine der folgenden Krankheiten?

2. Typhus / Paratyphus / Ruhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tuberkulose (Tbc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Grüner Star, Glaukom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Nasen-Nebenhöhlenentzündungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Schilddrüsenkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Lungen-, Rippenfellentzündung länger dauernde Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Asthma, Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Allergische Reaktionen, wie Unverträglichkeit von Medikamenten oder Staub, Eiweiß etc. (z. B. Penicillin oder Röntgenkontrastmittel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Schlaganfall, Lähmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Andere Herzkrankheiten oder Gefäßleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Krampfadern, Hämorrhoiden, Thrombose, offene Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Verstopfung, Durchfall, Blutbeimlagerungen z. Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Gelbsucht, Leberkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Gallensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Nieren-, Nierenbecken oder Blasenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Schwangerschaft:**

	ja	nein	weiß nicht
42. Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

bitte wenden →

