

Fragebogen zur Krankheitsvorgeschichte

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus. Sie helfen mir damit, ein umfassendes Bild über Ihre Beschwerden zu gewinnen. Unser persönliches Gespräch wird diese Information ergänzen und vertiefen. Selbstverständlich ist dieser Bogen streng vertraulich und bleibt in Ihrer Akte.

Name: _____ Vorname: _____

Alter: _____ Jahre Telefon: _____

Zur FAMILIEN-Anamnese:

Sind bei Ihren lebenden oder verstorbenen **Blutsverwandten** folgende Erkrankungen aufgetreten:

1. Zuckerkrankheit Nein Ja, wer: _____
2. Rheumatismus/Gicht Nein Ja, wer: _____
3. Asthma, Allergien Nein Ja, wer: _____
4. Bluthochdruck Nein Ja, wer: _____
5. Nerven- u. Gemütsleid. Nein Ja, wer: _____
6. Hautkrankheiten Nein Ja, wer: _____
7. Tuberkulose Nein Ja, wer: _____
8. Blutkrankheiten Nein Ja, wer: _____
9. Andere Krankheiten Nein Ja, wer: _____
10. Krebskrankheiten Nein Ja, wer: _____

Zu Ihrer EIGENEN Anamnese:

Haben Sie jemals an einer Erkrankung der unten angeführten Organe gelitten?

	Nein	Ja	Wann	Art der Krankheit
1. Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
2. Hals, Nase, Ohren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
3. Schilddrüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
4. Lungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
5. Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
6. Herz, Gefäße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
7. Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
8. Gallenblase, Leber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
9. Magen-Darm-Trakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
10. Nieren, Harnblase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
11. Geschlechtsorgane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
12. Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
13. Nerven, Gehirn, Gemüt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
14. Gelenke, Wirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
15. Blutkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
16. Krebskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
17. Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

