

# Ärztlicher Gesundheitsfragebogen

Eine vollständige und richtige Vorgeschichte ist eine wesentliche Voraussetzung für eine zutreffende ärztliche Einschätzung. Wir bitten Sie, die folgenden Fragen so richtig wie möglich und vollständig, zu beantworten. Der Gesundheitsfragebogen verbleibt in der Praxis und unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht. **Vielen Dank für Ihre Angaben!** Bitte bringen Sie Ihren **Impfausweis** zur Untersuchung mit.



Name: _____	Vorname: _____
Geburtsdatum: _____	Telefonnummer: _____
tätig als: _____	ausgebildet als: _____
jetziger Arbeitsbereich: _____	

## Anamnese/ Vorgeschichte

1. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja:  nein:

Bitte geben Sie **alle** Medikamente an, die Sie jetzt regelmäßig oder bei Bedarf einnehmen

Name des Medikamentes	Wie oft?	Seit wann?
Bedarfsmedikation:		

Operationen	links /rechts	Wann?

2. Waren Sie in einer **Kur- / Rehab**behandlung? ja:  nein:

Weshalb? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_

3. **Augenerkrankungen/ Seh**beschwerden ja:  nein:

Welche? \_\_\_\_\_

Sehhilfe seit: \_\_\_\_\_ Brille  Kontaktlinsen

4. Ist eine **Schwerhörigkeit** bekannt? rechtes Ohr?  linkes Ohr?  nein:

Tragen Sie ein Hörgerät? rechtes Ohr?  linkes Ohr?  nein:

5. Neigen Sie zu **Erkältungen** der Atemorgane?(>2mal im Jahr) ja:  nein:

Ist ein Asthmaleiden oder COPD bekannt? ja:  nein:

Wie oft haben Sie Atemnotanfälle täglich?  wöchentlich:  jährlich  nie:

6. Neigen Sie zu **Rückenschmerzen/ "Hexenschuß"**? ja:  nein:

Neigen Sie zu **Gicht, Gelenkschmerzen** oder **Rheuma**? ja:  nein:

sonstige Beschwerden am **Stütz-und Bewegungsapparat**? ja:  nein:

(z.B. nach Unfall, Operation, Entzündungen? Welche?) \_\_\_\_\_

7. Erkrankungen oder Beschwerden des **Nervensystems** ja:  nein:

(z.B. Migräne, Kopfschmerzen, **Lähmungen**) ? \_\_\_\_\_

Besteht bei Ihnen ein **Anfallsleiden (Epilepsie)** ? ja:  nein:

Neigen Sie zu **Schwindel** ? ja:  nein:

Seit wievielen Jahren? \_\_\_\_\_ Jahren

8. Leiden Sie an einer **Stoffwechselerkrankung**? ja:  nein:   
(z.B. Schilddrüsenfunktionsstörung, erhöhte Blutfettwerte?)  
Wenn ja, welche Erkrankung? \_\_\_\_\_
- Wurde bei Ihnen eine **Zuckerkrankheit** festgestellt? ja:  nein:   
Wann? \_\_\_\_\_ **Insulinpflichtig?**  **Tablettenpflichtig?**  **Diät?**
9. Wurde bei Ihnen ein **Bluthochdruck** festgestellt? ja:  nein:   
Vor wievielen Jahren? \_\_\_\_\_ Jahren
10. Haben Sie **Magen** - und/ oder **Darmbeschwerden**? ja:  nein:   
(z.B. Gastritis, Geschwüre?) \_\_\_\_\_
11. Wurde bei Ihnen eine **Lebererkrankung** oder ein Gallenleiden festgestellt? ja:  nein:   
Hatten Sie eine Gelbsucht/ Hepatitis? ja:  nein:   
Sind Sie gegen Gelbsucht/ Hepatitis geimpft? ja:  nein:   
Wenn ja, gegen \_\_\_\_\_ Hepatitis A?  Hepatitis B?  beides?
12. Neigen Sie zu **Nieren-** oder **Blasenerkrankungen**? ja:  nein:
13. Leiden Sie unter **Hauterkrankungen**? ja:  nein:   
Welche (z.B. Neurodermitis, Psoriasis) ? \_\_\_\_\_
14. Haben Sie eine **Allergie auf natürliche** Stoffe? ja:  nein:   
(z.B. Pollen, Insektenstiche, Nahrungsmittel?)  
Auf welche Stoffe? \_\_\_\_\_
- Haben Sie eine **Allergie auf künstliche** Stoffe? ja:  nein:   
(z.B. Medikamente, Handschuhe, Crèmes, Desinfektionsmittel, Kühl- Schmierstoffe?)  
Wenn ja, auf welche Stoffe? \_\_\_\_\_
15. Sind Sie **Raucher**? ja:  nein:   
Seit wann? \_\_\_\_\_ Wieviel rauchen Sie täglich? \_\_\_\_\_  
Haben Sie mal regelmäßig geraucht? ja:  bis wann? \_\_\_\_\_ nein:
16. Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ja:  nein:   
Wenn ja: selten:  täglich?  mehrere Male pro Woche?   
Was (Bier, Wein, Schnaps)? \_\_\_\_\_ Wieviel? \_\_\_\_\_
17. Sonstiger **Drogenkonsum**? ja:  nein:   
Wenn ja, welche Drogen? \_\_\_\_\_
18. Sind Sie derzeit in **psychiatrischer** oder **psychotherapeutischer** Behandlung? ja:  nein:   
Weshalb? \_\_\_\_\_ seit wann? \_\_\_\_\_
19. Sind Sie **schwerbehindert** und **gleichgestellt**? GdB \_\_\_\_\_ % nein:   
Ist die Schwerbehinderung dem Arbeitgeber bekannt? ja:  nein:
20. Waren Sie in den letzten 5 Jahren im **nicht- europäischen Ausland**? ja:  nein:   
Wo? \_\_\_\_\_  
Haben Sie nach Ihrer Rückkehr gesundheitliche Probleme gehabt? ja:  nein:   
Welche? \_\_\_\_\_
21. Welchen Führerschein haben Sie? PKW:  LKW:  keinen:   
Führerscheinentzug? ja:  nein:   
Nennen Sie bitte Zeitpunkt, Dauer und Grund: \_\_\_\_\_  
Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_