



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 Fragebogen unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht. **Vielen Dank!**

| | |
|---|----------------|
| Name: _____ | Vorname: _____ |
| Adresse: _____ | |
| Geburtsdatum: _____ | Telefon: _____ |
| ausgebildet als: _____ | Email: _____ |
| derzeit tätig als / Arbeitsbereich: _____ | |

1. Anamnese / Vorgeschichte

Medikamente (Medikamentenname? Einnahme wie oft? Seit wann?)

(bitte geben Sie **alle** Medikamente an, die Sie jetzt regelmäßig oder bei Bedarf einnehmen)

Operationen (Was? Wann? ggf. welche Seite?)

Waren Sie in einer **Kur- / Rehab**behandlung? (Weshalb? Wann?)

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

| | nein | ja | kurze Beschreibung |
|--|------|----|--|
| Augenkrankheit/Sehbeschwerden (z.B. Glaukom/grüner Star, Grauer Star) | | | Was? Seit wann? Brille <input type="radio"/> Kontaktlinsen <input type="radio"/> |
| Schwerhörigkeit/Hörstörung (z.B. auch Tinnitus, Ohrgeräusche, M. Menière) | | | Was? Seit wann? Hörgerät <input type="radio"/> rechts <input type="radio"/> links <input type="radio"/> |
| Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems (z.B. erhöhter Blutdruck, Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzschwäche) | | | |
| Erkrankungen der Atemwege (z.B. Asthma, COPD, gehäufte Atemwegsinfekte, Schlafapnoe) | | | |
| Erkrankungen des Stoffwechsels (z.B. Diabetes Typ 1 oder Typ 2, Schilddrüsenerkrankungen, erhöhte Harnsäurewerte oder Blutfette) | | | Behandlung bei Zuckerkrankheit: Insulin <input type="radio"/> Tabletten <input type="radio"/> Diät <input type="radio"/> |
| Erkrankungen der Gefäße (z.B. Thrombose, Krampfadern, offenes Bein, Embolie) | | | |
| Erkrankungen des Blutes (z.B. Blutarmut, Gerinnungsstörungen) | | | |
| Erkrankungen des Magens/Darmes (z.B. Gastritis, Geschwüre) | | | |
| Erkrankungen der Leber/Galle (z.B. Gelbsucht, Fettleber, Gallenstein) | | | |

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

| | nein | ja | genauere Erklärung |
|---|------|----|--------------------|
| Erkrankungen der Niere/Blase (z.B. Nierenschwäche, Blasensteine, Prostataerkrankungen, Inkontinenz) | | | |
| Erkrankungen des Rückens/der Gelenke (z.B. Bandscheibenvorfall, Skoliose, Gelenkschmerzen, Beschwerden nach Unfall, Entzündungen, Rheuma) | | | |
| Erkrankungen des Nervensystems (z.B. Schlaganfall, Epilepsie, Lähmungen, Nervenleiden, Migräne) | | | |
| Erkrankungen der Psyche (z.B. Panikattacken, Angsterkrankung, Depression) | | | |
| Allergien (z.B. Pollen, Insektenstiche, Nahrungsmittel, Medikamente, Handschuhe, Cremes, Desinfektionsmittel, Kühl- und Schmierstoffe) | | | |
| sonstige Erkrankungen (z.B. Krebserkrankungen, Osteoporose, HIV-Infektion, Geschlechtskrankheiten, Frauenkrankheiten) | | | |

Leiden Sie an folgenden Beschwerden?

| | nein | ja | | nein | ja |
|--|------|----|--------------------------------------|------|----|
| Schwindel / Ohnmachtsanfälle | | | ungewollte Gewichtsabnahme | | |
| Herzklopfen auch ohne Belastung | | | Kopfschmerzen | | |
| Atemnot | | | Rückenschmerzen | | |
| rasche Ermüdbarkeit | | | Schnarchen mit Atemaussetzern | | |
| Schweißausbrüche | | | Schläfrigkeit am Tage | | |

2. Allgemeine Fragen

Größe _____ m Gewicht _____ kg

| | nein | ja | genauere Erklärung |
|--|------|----|--|
| Treiben Sie regelmäßig Sport ? | | | Was? |
| Rauchen Sie? | | | Wieviele Jahre schon? Wieviel pro Tag? Nichtraucher seit: |
| Trinken Sie regelmäßig Alkohol ? | | | Was? Wie häufig? Wieviel? |
| Nehmen Sie Drogen ? | | | Was? |
| Waren Sie in den letzten 5 Jahren im nicht-europäischen Ausland ? | | | Wo, wann? Gab es gesundheitliche Folgen? |
| Haben Sie einen Führerschein ? | | | Gab es einen Führerscheinentzug? PKW <input type="radio"/> LKW <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |
| Sind Sie schwerbehindert ? | | | GdB _____ % Sind Sie gleichgestellt? ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |
| Sind Sie schwanger ? | | | Voraussichtlicher Geburtstermin? |

Bitte bringen Sie zur Untersuchung Ihre aktuellen Sehhilfen, die Medikamentenliste, ggf. vorhandene Befunde und Ihren Impfausweis mit. Vielen Dank.

Datum _____ Unterschrift _____