

Wartezimmer-Fragebogen

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
 Anschrift: _____
 Familienstand: _____
 Beruf: _____
 Arbeitgeber: _____
 Name des Hauptversicherten: _____
 Telefon: _____
 Hausarzt: _____

Hatten Sie schon eine der folgenden Krankheiten?

Kinderkrankheiten:

- Röteln
- Masern
- Mumps
- Scharlach
- Diphtherie
- Keuchhusten
- Rachitis
- Windpocken
- Sonstige.....

Infektionskrankheiten

- Typhus/Paratyphus/Ruhr
- ansteckende Gelbsucht
- TBC
- Geschlechtskrankheiten
- rheumat. Fieber
- Tropenkrankheiten
- sonstige.....

Augenkrankheiten

- Grüner/Grauer Star
- Sehstörungen/Brille
- sonstige.....

HNO-Krankheiten

- Nasennebenhöhlenentzündungen
- Heuschnupfen
- Nasenbluten
- Mandelentzündung
- Zahnerkrankungen
- Schwerhörigkeit
- Mittelohrentzündung
- sonstige.....

Lungenerkrankungen:

- Lungenentzündung
- Bronchitis
- Asthma
- Rippenfellentzündung
- sonstige

Herz-Gefäßkrankheiten

- hoher Blutdruck
- niedriger Blutdruck
- Herzfehler
- Herzbeschwerden
- Herzinfarkt
- Schlaganfall
- Durchblutungstörung d. Beine
- Krampfadern
- Thrombose

Baucherkrankungen

- Gallensteine
- Gelbsucht
- Lebererkrankungen
- Magenbeschwerden
- Magen-Zwölffingerdarmgeschwür
- Verstopfung
- Durchfälle
- sonstige.....

Nieren-Geschlechtskrankheiten:

- Blasen-/Nierenentzündungen
- Blasen-/Nierensteine
- blutiger Urin
- Hoden-/Prostata

Stoffwechselerkrankungen

- Zuckerkrankheit
- Gicht
- erhöhte Blutfette
- Schilddrüsenerkrankungen
- sonstige.....

Knochen-Gelenkkrankheiten

- Rheuma
- Bandscheibenschaden
- Gelenkbeschwerden
- sonstige.....

Sonstige Erkrankungen:

- Allergie
- wenn ja, gegen.....
- Hautkrankheiten
- Blutkrankheiten
- Krebs
- Krampfanfälle
- Nervöse Beschwerden
- Gemütskrankheiten
- sonstige.....

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Gemütskrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Übergewicht |
| <input type="checkbox"/> Magengeschwüre | <input type="checkbox"/> Hohe Blutfette |
| <input type="checkbox"/> Gallen- Nierensteine | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen | <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck |
| <input type="checkbox"/> Krampfadern | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt, Apoplex |

Ihre bisherigen Krankenhausaufenthalte:

Wann?	Wo?	Warum?
.....
.....
.....
.....

Sonstige Fragen:

- Nichtraucher
- Raucher: Wie viel/Was?:.....
- kein Alkohol
- Alkohol: Wie viel/Was?:.....

Sport

- was?.....

Impfungen

- Wundstarrkrampf/Tetanus
- Diphtherie
- Kinderlähmung/Poliomyelitis
- Hepatitis
- Grippe
- Covid-19 Anzahl: _____ Impfstoff: _____

Röntgen Lunge/Thorax zuletzt:

Regelmäßige Einnahme von Medikamenten. Diese bitte eintragen:

.....
.....
.....
.....

Größe:cm

Gewicht:kg

Nur für weibliche Patienten:

- Geburten:.....
- Regel (Abstand,Dauer).....
- Wechseljahre (Beginn):.....
- o letzte Krebsvorsorge.....

Sonstiges: