

## Fragebogen für Patienten



**AmBeNet Hausarztpraxis**  
Das Ambulante BehandlungsNetz

Dr. Dr. med. Hans-Detlev Stahl  
und Dr. med. Wolfram A. Mertz

Name, Vorname, Geburtsdatum:	heutiges Datum:	
Telefonnummer:	E-Mail:	
Beruf/momentane Tätigkeit:	Familienstand:	Kind/er, Jahrgang:
Größe:	Gewicht:	
Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? (Empfehlung / Internet):	Name/Anschrift des bisherigen Hausarztes:	

**Aktueller Beratungsanlass / Beschwerden:** Wenn „Ja“, bitte ankreuzen!

Fieber:

Ja, ggf. wie hoch:                      ° C                       Nein

Schmerzen:

<input type="checkbox"/> Kopf	<input type="checkbox"/> Hals / Nase / Ohren
<input type="checkbox"/> Nacken / Rücken (HWS / BWS / LWS)	<input type="checkbox"/> Brustkorb
<input type="checkbox"/> Bauch / Unterleib	<input type="checkbox"/> Gelenke

Atemwege:

<input type="checkbox"/> Schnupfen	<input type="checkbox"/> Luftnot / Kurzatmigkeit
<input type="checkbox"/> Husten	<input type="checkbox"/> Auswurf ( zäh / gelblich / grünlich / bräunlich )

Magen-Darm:

<input type="checkbox"/> Übelkeit / Erbrechen	<input type="checkbox"/> Schmerzen beim Stuhlgang
<input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> Blut im Stuhl
<input type="checkbox"/> Verstopfung	<input type="checkbox"/> Schleim im Stuhl

Harnwege / Genitale:

<input type="checkbox"/> Schmerzen beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/> Ausfluss
<input type="checkbox"/> Brennen beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/> Erektionsprobleme
<input type="checkbox"/> Blut im Urin	<input type="checkbox"/> Flankenschmerz

Augen:

<input type="checkbox"/> Sehstörungen	<input type="checkbox"/> Trockenes Auge
<input type="checkbox"/> Rotes Auge	<input type="checkbox"/> Fremdkörpergefühl

Ohren:

<input type="checkbox"/> Hörstörungen	<input type="checkbox"/> Tinnitus / Ohrgeräusche
---------------------------------------	--

Verletzungen / Wunden:

<input type="checkbox"/> Kopf	<input type="checkbox"/> Obere Extremität (Schulter/Arm/Hand)
<input type="checkbox"/> Oberkörper	<input type="checkbox"/> Untere Extremität (Knie/Sprunggelenk/Fuß)

Lähmungen:

<input type="checkbox"/> Gefühllosigkeit	<input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkungen
--	---

Haut / Allergie

<input type="checkbox"/> Ausschlag, ggf. wo?	<input type="checkbox"/> Jucken
--	---------------------------------

Gewicht:

<input type="checkbox"/> Abnahme	<input type="checkbox"/> Zunahme
----------------------------------	----------------------------------

Psyche:

<input type="checkbox"/> Müdigkeit / Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> Niedergeschlagenheit / Gedächtnisstörungen
--	---

**Eigene Vorerkrankungen:** Ja oder Nein (Bitte ankreuzen.)

(besitzen Sie Arzt- oder Krankenhaus-Berichte? Wenn ja, **bitte mitbringen!**)

	Ja	Nein
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angststörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige seelische Störungen (PTBS etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Lungenerkrankung z.B. Asthma, COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entzündliches Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen- oder Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arthrose (Knorpelschwund d. Gelenke z.B. Knie, Hüfte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen der Harn ableitenden Wege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Infektionen, z.B. Hepatitis, AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stress am Arbeitsplatz od. in Familie bzw. Freundeskreis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Allergien oder Unverträglichkeiten:**

	Ja	Nein	Weiß nicht
Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blütenstaub, Pollen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tierhaare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausstaubmilbe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metalle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebensmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Sonstiges**

Wenn ja welche? \_\_\_\_\_

**Wurden bereits Operationen durchgeführt?**  Nein  Ja und zwar folgende:

Welche Operation?	Wann?	In welcher Klinik?

**Schwanger**

Ja  Nein  Nicht sicher

**Rauchen**

Ja  Nein

(Wenn Ja - Zahl der Zigaretten/Tag, seit wie viel Jahren?):

**Alkohol**

Ja  Nein

(Zahl der Gläser Bier, Wein, Spirituosen pro Tag?):

**Erkrankung bei Vater, Mutter, Schwester, Bruder): Wenn „Ja“, bitte ankreuzen!**

<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)
<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt (wenn ja, in welchem Alter?)	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung
<input type="checkbox"/>	Sonstige Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	Lebererkrankung
<input type="checkbox"/>	Schlaganfall (wenn ja, in welchem Alter)	<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankung
<input type="checkbox"/>	Blutgerinnsel (in Bein oder Lunge)	<input type="checkbox"/>	Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)
<input type="checkbox"/>	Krampfadern	<input type="checkbox"/>	Erhöhte Blutfette
<input type="checkbox"/>	Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen
<input type="checkbox"/>	Demenz / Nervenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Depression, andere psychische Erkrankungen
Sonstige Erkrankungen:			

**Impfungen:**

Bitte bringen Sie Ihren **Impfausweis** mit und legen ihn am Tresen vor!

**Medikamenteneinnahme:**

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Nein

Ja und zwar folgende:

Name und Tablettendosis	morgens	mittags	abends	nachts

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit gelegentlich ein und wegen welcher Gesundheitsstörungen?

Name und Tablettendosis	Weshalb?

**Datum, Unterschrift**