

Ärztlicher Fragebogen:

Name _____

Vorname: _____

Geb. Datum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Die Angaben zu Ihrer Person und Krankenvorgeschichte auf diesem Patientenfragebogen dienen der Klärung Ihres vollständigen Krankheits- und Beschwerdebildes. Eine möglichst vollständige Beantwortung der Fragen, um die wir Sie bitten, ist in Ihrem Interesse. Zudem wird hiermit Zeit gewonnen, die für ein Gespräch oder eine notwendige Untersuchung sinnvoll genutzt werden kann. Ihre Antworten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte kreuzen Sie jeweils Zutreffendes deutlich an:	ja	nein
--	-----------	-------------

Jetzige Beschwerden, Gesundheitsstörungen

Haben Sie Fieber?		
Leiden Sie unter Kopfschmerzen?		
Haben Sie Augenschmerzen?		
Haben Sie Halsschmerzen oder Schluckbeschwerden?		

Hatten sie schon eine der folgenden Krankheiten?

Typhus/Paratyphus/Ruhr		
Tuberkulose		
Grüner Star		
Nasen-Nebenhöhlenentzündungen		
Schilddrüsenerkrankungen		
Lungen-, Rippenfellentzündungen		

Bitte ankreuzen	ja	nein
Länger dauernde Bronchitis		
Asthma, Heuschnupfen		
Allergische Reaktionen, wie Unverträglichkeit von Medikamenten oder Staub, Eiweiß etc.		
...z.B. Penicillin od. Röntgenkontrastmittel		
Hoher Blutdruck		
Schlaganfall, Lähmungen		
Herzinfarkt		
andere Herzkrankheiten		
Krampfadern, Hämorrhoiden, Thrombose, offene Beine		
Magen- od. Zwölffingerdarmgeschwür		
Verstopfung, Durchfall, Blutbeilagerung beim Stuhl		
Gelbsucht, Leberkrankheiten		
Gallensteine		
Nieren, Nierenbecken- oder Blasenentzündung		
Nieren-, Harnleiter- oder Blasensteine		
Krankheiten der Vorsteherdrüse (Prostata)		
Schwierigkeiten beim Wasserlassen		
Nächtliches Wasserlassen		
- wenn ja, wie oft?		
Krankheiten der weiblichen Unterleibsorgane		
Erkrankungen der weiblichen Brüste		
Unregelmäßige Periode		
- letzte Periode am:		
Hautkrankheiten		
Syphilis, Tripper		
Nervöse Beschwerden, Nervenzusammenbruch		
Wiederholter Hexenschuss		
Epilepsie (Krampfanfälle)		

Ärztlicher Fragebogen:

Bitte ankreuzen	ja	nein
Zuckerkrankheit (Diabetes)		
Hypercholesterinämie		
Gicht		
Gelenkrheumatismus		
andere Krankheiten der Gelenke oder Wirbelsäule		
Knochenbrüche, Unfälle, Verletzungen		
Zahnwurzel- / Kiefererkrankungen		
Blutarmut, Blutkrankheiten		
Krebs (einschl. Blutkrebs)		
- welcher Krebs und wo genau?		
- bei Brustkrebs: welche Seite?		
Haben Sie Implantate? (wenn ja, welche?)		
<input type="checkbox"/> Brust <input type="checkbox"/> Hoden <input type="checkbox"/> Zähne		
<input type="checkbox"/> Sonstiges		
Wo? _____ Material: _____		
Andere Krankheiten?		
- wenn ja, welche?		

Sind Sie schwanger?		
Leiden Sie an einer Sehstörung?		
Wurden Sie schon einmal operiert?		
Mehrfach operiert?		
- Wenn ja, welche?		
Wurden Sie schon einmal mit Radium oder Röntgenstrahlen behandelt?		
- Wenn ja, woran?		
Wann war die letzte Röntgenuntersuchung?		
Waren Sie in den letzten 12 Monaten in Mittelmeerländern, in Asien oder in den Tropen?		

Bitte ankreuzen	ja	nein
Nehmen oder nahmen Sie regelmäßig Medikamente? (auch Abfuhr-, Beruhigungs-, Schlaf- oder Kopfschmerzmittel?)		
- Wenn ja, welche?		

Nehmen oder nahmen sie die Pille oder sonstige Hormonpräparate?		
Trinken Sie regelmäßig alkoholische Getränke?		
Rauchen Sie gewohnheitsmäßig?		
- wenn ja, wieviel?		

Haben Sie geraucht?		
Nehmen oder nahmen Sie Drogen?		
Treiben sie weniger als 2x wöchentlich Sport?		
Fühlen Sie sich in Ihrer Gesundheit beeinträchtigt?		
- durch Lärm? (Arbeitsplatz, Freizeit, Nachtruhe)		
- durch Staub, Rauch, Abgase) (Arbeitsplatz, Wohnbereich)		
- durch Schichtarbeit?		

Allgemeinempfinden

Haben Sie innerhalb der letzten 12 Monate mehr als 5 kg abgenommen?		
Haben Sie innerhalb der letzten 12 Monate mehr als 5 kg zugenommen?		
Haben Sie auffallend großen Durst?		
Schlafen Sie schlecht oder schlafen Sie schlecht ein?		
Bedrückt Sie etwas Ernsthaftes? (Beruflich, Privat, oder in der Partnerschaft)		
Leiden Sie an einer Neurose oder anderen nervösen Beschwerden?		

Ärztlicher Fragebogen:

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten vorgekommen?

Krankheit	Vater	Mutter	Großeltern	Kinder
Hoher Blutdruck / Schlaganfall				
Herzinfarkt				
Übergewicht				
Zuckerkrankheit				
Gicht				
Nerven- oder Gemütskrankheiten				
Epilepsie (Krampfanfälle)				
Tuberkulose				
Gallensteine, Nierensteine, Blasensteine				
Krebs (einschl. Blutkrebs)				
Suchtkrankheiten (Alkohol, Medikamente, Drogen)				
Andere Krankheiten?				
- Welche?				

Bitte ankreuzen:	ja	nein
Sind chronische Krankheiten in der Familie bekannt?		
- Wenn ja, welche?		
	ja	nein
Ich bin damit einverstanden, dass sich die Praxis Lembens zur digitalen fachlichen Beratung mit anderen behandelnden Ärzten austauscht. (auch per Video und Telefon)		

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten, einschließlich meiner Gesundheitsdaten, im Rahmen meiner Behandlung in der Arztpraxis Dres. Lembens unter Einsatz von Systemen auf Basis Künstlicher Intelligenz (KI) verarbeitet werden. Ich wurde darüber informiert, dass mir die Rechte auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung sowie Widerspruch zustehen. Diese Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Vielen Dank für Ihre Mitwirkung!