

Ärztliche Fragen zur Krankenvorgeschichte

Die nachfolgenden Fragen betreffen Ihre Person und Ihre Krankenvorgeschichte. Bitte füllen Sie den Fragebogen gewissenhaft und vollständig aus. Er unterstützt die Suche nach der Ursache Ihrer Krankheit und hilft, Zeit für eventuell notwendige Untersuchungen zu sparen.

Bitte kreuzen Sie das jeweils zutreffende Kästchen deutlich an. Ihre Antworten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Persönliche Fragen

Ich: _____

wohnhaft: _____

bin geboren am: _____ Größe: _____ Gewicht: _____

bin versichert bei: _____

Ich bin zu erreichen unter: _____
Telefonnummer / Handynummer

Meine E-Mail - Adresse ist: _____

Ich erlaube die Kontaktaufnahme per Email:

Ja

Nein

Ich bin beschäftigt bei _____

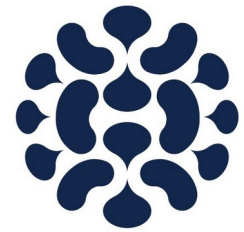
als: _____

Mein Hausarzt bzw. Frauenarzt ist: _____

Ich entbinde Sie von der Schweigepflicht gegenüber mitbehandelnden Ärzten wie
z.B. Haus- oder Frauenarzt

Ja

Nein



Angaben zur bisherigen Krankengeschichte

1. Welche Beschwerden, Gesundheitliche Störungen haben Sie zur Zeit?

2. Sind bei Ihnen Erkrankungen der Harnwege (.z.B. Harnwegsinfekte, Harnsteine) bekannt? Welche?

3. Sind bei Ihnen Krankheiten der Prostata (Vorsteherdrüse) bekannt?

4. Haben Sie Schwierigkeiten beim Wasserlassen? Welche?

5. Wie häufig gehen Sie am Tag und bei Nacht Wasserlassen?

Tag: _____ Nacht: _____

6. Haben Sie plötzlichen Harndrang?

Ja Nein

7. Haben Sie unfreiwilligen Harnabgang?

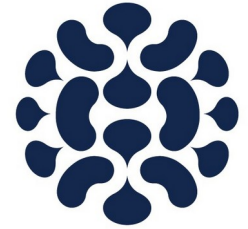
Ja Nein

8. Haben Sie Krankheiten der weiblichen Unterleibsorgane oder der Brüste? Welche?

9. Wie viele Geburten hatten Sie? _____

10. Nehmen Sie die Pille oder sonstige Hormonpräparate? Welche?

11. Hatten Sie allergische Reaktionen wie Unverträglichkeiten von Medikamenten (z. B. Penicillin oder Röntgen-Kontrastmittel)? Welche?



12. Haben Sie eine Erkrankung der Schilddrüse? Welche?

13. Besteht/bestand bei Ihnen eine Lebererkrankung (z.B. Entzündung/Hepatitis)

14. Besteht bei Ihnen eine HIV- Erkrankung

Ja Nein

15. Besteht bei Ihnen hoher Blutdruck?

Ja Nein

17. Besteht bei Ihnen eine Herzkrankheit? Welche?

18. Leiden Sie an einer Zuckerkrankheit? (Diabetes)

Ja Nein

19. Sind Sie schon einmal an Krebs erkrankt (auch Blutkrebs)? Welche Art?

20. Andere Krankheiten? Welche?

21. Wurden Sie schon einmal operiert? Was war das für eine OP?

22. Nehmen bzw. nahmen Sie regelmäßig Medikamente? Welche?

23. Sind Sie Raucher/in?

Ja Nein

24. Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten vorgekommen?

- Harnsteine (Blase oder Niere)
- Krebs (Blut, Prostata, Blase – und Nieren)

Ort, Datum

Unterschrift