

## Ärztlicher Fragebogen

zur Erkrankungsvorgeschichte

Zu - und Vorname:

Geb. Datum:  Titel:

Wohnadresse:

Straße:

PLZ, Ort:

GRÖSSE (in cm):  GEWICHT (in kg):

Sie werden ersucht, alle nachstehenden bisherigen Krankheiten, Operationen und Verletzungen in chronologischer Reihenfolge bekannt zu geben. Zutreffendes ist anzukreuzen und zu ergänzen.

### Medikamenteneinnahme:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?  ja  nein

Wenn ja, welche (bitte Namen und Menge angeben)?

### Kinderkrankheiten:

	ja	nein	weiß nicht
a) Masern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Mumps	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Röteln	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Schafblättern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Scharlach	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Keuchhusten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Operationen:

	ja	nein	Jahr
a) Mandeloperation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
b) Blinddarmoperation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
c) Leistenbruchoperation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
d) Sonstige	(Bitte unten Arzt, Operation und Jahr angeben)		

**Verletzungen:**

	ja	nein	weiß nicht	Jahr
a) Knochenbrüche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Art:	<input type="text"/>			
b) Sonstige Verletzungen (Ursache und Jahr angeben)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Art:	<input type="text"/>			

**Kuraufenthalte:**

Wann, wo und warum

**Allergien:**


Leiden oder litten Sie unter folgenden Krankheiten?

(Zutreffendes bitte ankreuzen und das Jahr der Erkrankungen bzw. deren Beginn angeben)

**Stoffwechselerkrankungen:**

	ja	nein	weiß nicht	Jahr
a) Zuckerkrankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
b) Gicht, erhöhte Harnsäure	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
c) Erkrankung d. Schilddrüse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
d) Erhöhung d. Blutfette	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

**Neurologische und psychiatrische Erkrankungen:**

	ja	nein	weiß nicht	Jahr
a) Krampfanfälle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Anfallsgeschehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Bewußtseinsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
b) Lähmungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
c) Häufige Kopfschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
d) Schwindel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
e) Schlafstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
f) Nervenwurzelentzündungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
g) Depressionen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
h) Neuralgien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
i) Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

	ja	nein	weiß nicht	Jahr
j) Waren Sie in psychiatrischer Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Wenn ja, wann und wo:	<input type="text"/>			
k) Nehmen Sie regelmäßig Beruhigungstabletten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
l) Selbstmordversuch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
m) Haben Sie jemals Drogen genommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Wenn ja, welche:	<input type="text"/>			

#### Erkrankungen des Herzens und der Kreislauforgane:

	ja	nein	weiß nicht	Jahr
a) erhöhter Blutdruck in Behandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
b) Herzinfarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
c) Durchblutungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
d) Embolie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
e) Angeborene Herzfehler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
f) Andere Herzerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
g) Venenentzündungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
h) Thrombosen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

#### Erkrankungen der Lunge:

	ja	nein	weiß nicht	Jahr
a) Lungenentzündung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
b) chron. Bronchitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
c) Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
d) Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

#### Erkrankungen der Verdauungsorgane:

	ja	nein	weiß nicht	Jahr
a) Gastritis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
b) Leberleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
c) chron. Leberentzündung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
d) Bauchspeicheldrüsenentzündung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
e) Wiederholt auftretendes Magengeschwür	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
f) Zwölffingerdarmgeschwür	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
g) Wiederholt auftretendes Zwölffingerdarmgeschwür	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

	ja	nein	weiß nicht	Jahr
h) Gelbsucht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
i) Gallenblasenleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
j) Magen/Darmblutungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

**Augenerkrankungen:**

	ja	nein	weiß nicht	Jahr
a) Kurzsichtigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Dioptrienzahl		links	rechts	
b) Weitsichtigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Dioptrienzahl		links	rechts	
c) Erhöhter Augendruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
d) Grauer Star	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
e) Brillenträger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
f) Kontaktlinsenträger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
g) Nachtblindheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
h) Farbschwäche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
i) Farbenblindheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

**Hals-, Nasen-, Ohrenerkrankungen**

a) Eitrige Angina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	oft	selten	nie	
b) Schwerhörigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
c) Ohrgeräusche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
d) Nasennebenhöhlenentzündung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
e) Mittelohrentzündung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
f) Heuschnupfen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

**Hauterkrankungen:**

	ja	nein	weiß nicht	Jahr
a) Hautallergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
b) Hauttumore	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Wann operiert?	<input type="text"/>			
c) Tätowierungen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit: Monat	<input type="text"/> Jahr <input type="text"/>
Größe, Sitz und Motiv angeben:	<input type="text"/>			
d) Piercing:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit: Monat	<input type="text"/> Jahr <input type="text"/>
Größe und Sitz angeben:	<input type="text"/>			

**Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane:**

	ja	nein	weiß nicht	Jahr
a) Harnblasenentzündungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
b) Steinleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
c) Nierenbeckenentzündung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
d) Geschlechtskrankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Wo behandelt:	<input type="text"/>			

	ja	nein	weiß nicht	Jahr
e) Nierenkolik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

**Erkrankungen des Bewegungsapparates:**

	ja	nein	weiß nicht	Jahr
a) Gelenkentzündung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
b) Knochenbrüche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
c) Wirbelsäulenerkrankungen bzw. Fehlstellungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

**Bluterkrankungen:**

	ja	nein	weiß nicht	Jahr
a) Anämie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
b) Leukämie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
c) Blutungsneigungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
d) Lymphdrüsenkrebs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

**Krebserkrankungen:**

	ja	nein	weiß nicht	Jahr
Welche:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>				
Behandlung mit Röntgenstrahlen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sind Sie bundesheer-tauglich?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

**Zusatzfragen bei Männern:**

	ja	nein	weiß nicht	Jahr
a) Prostataerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
b) Erkrankungen der Hoden/ Nebenhoden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

**Zusatzfragen bei Frauen:**

	ja	nein	weiß nicht	Jahr
a) Stehen Sie in regelmäßiger gynäkologischer Kontrolle?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
b) Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
c) Wann war die letzte gynäkologische Untersuchung?		Monat	<input type="text"/>	Jahr <input type="text"/>
d) Gynäkologische Eingriffe/ Operationen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Welche?	<input type="text"/>			

**Sonstige akute oder chronische Erkrankungen, die bis jetzt nicht taxativ aufgezählt wurden:**

<input type="text"/>
----------------------

**Fragen zu Familienerkrankungen:**

*Sind in Ihrer Familie folgende Erkrankungen vorgekommen?*

		ja	nein	weiß nicht	Jahr
a)	Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
b)	Herzerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
c)	Steinleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
d)	Nerven-, Gemüts- und Geistes- krankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
e)	Suchtkrankheiten (Alkohol, Medikamente, Drogen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
f)	Hoher Blutzucker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
g)	Zuckerkrankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
h)	Krebs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
i)	Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
j)	Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
k)	Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
l)	Ist Ihr Vater bereits verstorben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	in welchem Alter?	<input type="text"/>
m)	Ist Ihre Mutter bereits verstorben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	in welchem Alter?	<input type="text"/>

**Die Angaben über meine Vorgeschichte und jetzigen Beschwerden habe ich wahrheitsgetreu gemacht.**

-----  
Ort u. Datum

-----  
Unterschrift