

## Fragebogen zur Krankheitsgeschichte

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

	JA	NEIN
Sind Ihnen Störungen/Erkrankungen des Stoffwechsels (z.B. Diabetes etc.) oder wichtiger Organe (Herz, Kreislauf, Lungen, Nieren, Leber, Verdauungssystem, Schilddrüse etc.) bekannt? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine Bluterkrankung oder erhöhte Blutungsneigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehen akute/chronische Infektionskrankheiten (z.B. Tbc, Hepatitis, HIV etc.)? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehen Allergien/Unverträglichkeiten? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie schon mal eine Thrombose? Wenn ja, wo und wann? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten/haben Sie Tumore/Metastasen? Wenn ja, (seit) wann und wo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Osteoporose? Oder besteht der Verdacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für Frauen: Leiden Sie unter Regelschmerzen? Haben Sie sonstige gynäkologische Befunde (Endometriose, Myome etc.)? Könnten Sie gerade schwanger sein? Haben Sie Kinder?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Haben Sie Schmerzen beim Wasserlassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche und wofür? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Sie schon mal operiert (auch Blinddarm, Galle, Gelenke, Zähne etc.)? Wenn ja, was und wann? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie Unfälle oder Knochenbrüche? Wenn ja, welche und wann? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehen Probleme mit den Bandscheiben? Hatten Sie schon mal einen Bandscheibenschaden? Wenn ja, wo und (seit) wann? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Gelenkprobleme/Arthrose? Wenn ja, wo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welchen Beruf/Tätigkeit üben Sie aus? _____		
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift