



Fragebogen zur Krankheitsgeschichte

01

Sind Störungen des Stoffwechsels (z.B. Diabetes etc.) oder wichtiger Organe (Kreislauf, Herz, Lungen, Nieren, Leber, Verdauungssystem, Schilddrüse etc.) bekannt/Systemerkrankungen? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Besteht eine Bluterkrankung oder erhöhte Blutungsneigung?
(z.B. blaue Flecke oder Nasenbluten etc.) Ja Nein

Bestehen akute/chronische Infektionskrankheiten (z.B. Tuberkulose, Hepatitis, HIV etc.)?
Wenn ja, welche? _____

Besteht eine Allergie/Unverträglichkeit? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Hatten Sie schon mal eine Thrombose? Ja Nein
Wenn ja, wo? wann? _____

Hatten/haben Sie Tumore/Metastasen? Ja Nein
Wenn ja, wo? _____

Haben Sie Osteoporose? Ja Nein

Bei Frauen:

Leiden Sie unter Regelbeschwerden? Ja Nein

Haben Sie sonstige Befunde wie Myome oder Zysten? Ja Nein

Könnten Sie gerade schwanger sein? Ja Nein

Waren Sie schon mal schwanger? Ja Nein

Verhüten Sie, wenn ja wie? Ja Nein

Haben Sie Beschwerden beim Wasser lassen? (Schmerz oder Häufigkeit) Ja Nein



Fragebogen zur Krankheitsgeschichte

02

Nehmen Sie Medikamente? Ja Nein

Wenn ja, welche, wofür? _____

Wurden Sie schon mal operiert (auch Blinddarm, Galle, Gelenkoperationen, Zähne)? Ja Nein

Wenn ja, was? Wann? _____

Hatten Sie Unfälle oder Knochenbrüche? Ja Nein

Wenn ja, welche? Wann? _____

Hatten Sie schon mal einen Bandscheibenschaden? Ja Nein

Wenn ja, wo? Seit Wann? _____

Welchen Beruf/Tätigkeit üben Sie aus?

Treiben Sie Sport? Ja Nein

Wenn ja, welchen? Wie oft pro Woche? _____

Welche Hobbys haben Sie?

Rauchen Sie? Ja Nein

Wenn ja, wieviel? _____

Vertragen Sie alle Speisen (fettige, scharfe Speisen, Fleisch...)? Ja Nein

Leiden Sie unter Sodbrennen? Ja Nein

Schlafen Sie nachts gut ein und durch? Ja Nein

Datum

Unterschrift