

Medizinischer Fragebogen

Bitte ausgefülltes Formular und Impfausweis zum Termin mitnehmen.

Geschätzte Patienten

Da wir in der Arztpraxis Churfirsten mit elektronischer Krankengeschichte arbeiten danken wir Ihnen, wenn Sie uns zur Kontrolle der bestehenden Daten, zur Aufnahme von neuen Begebenheiten oder für eine Check-up Untersuchung die nachfolgenden Fragen beantworten. Wenn Ihnen eine Frage zu persönlich erscheint, lassen Sie das Feld frei. Besten Dank!

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Ihr Beruf/Ihre Tätigkeit: _____

Ihr Arbeitsort: _____

1. Was erwarten Sie vom heutigen Arztbesuch oder Check-up?

Welcher Untersuchungsschwerpunkt ist Ihnen am wichtigsten?

- | | |
|-------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ Kopf | ☐ Darm |
| ☐ Herz | ☐ Lunge |
| ☐ Gefässe | ☐ Anderes: _____ |

2. Was sind zurzeit Ihre Hauptbeschwerden? Andere wichtige Informationen für uns?

3. Persönliche Anamnese

Grösse: _____ cm

Gewicht: _____ kg

Rauchen Sie?

☐ Nein ☐ Ja. Wie viel? _____/Tag

Trinken Sie Alkohol?

☐ Nein ☐ Ja. Wie viel? _____ / Wie häufig? _____

Nehmen Sie Drogen?

☐ Nein ☐ Ja. Welche? _____

Hauptstrasse 92

9658 Wildhaus

Tel. 071 999 14 55

E-Mail: info@arztpraxis-churfirsten.ch



Weitere Krankheiten oder Beschwerden?

Nein	Ja		Was	Wann
		Herz/Kreislauf		
		Lunge		
		Magen/Darm		
		Leber (Gelbsucht)		
		Nieren/Blase		
		Haut		
		Augen		
		Zähne		
		Hals/Rachen		
		Ohren		
		Stirn-/Kieferhöhlen		
		Nervensystem		
		Epilepsie		
		Zuckerkrankheit		
		Heuschnupfen		
		Allergien/Unverträglichkeiten		
		Asthma bronchiale		
		Anderes		
		Wurden Sie gemäss den aktuellen Richtlinien geimpft?		

Wurden bei Ihnen Operationen durchgeführt?

Was	Wo	Wann

Nehmen Sie regelmässig Medikamente?

Name Medikament	Dosierung

Treiben Sie Sport? Wenn ja, welche Sportarten und wie oft?

4. Medizinische Abklärung

	Ja	Nein
Können Sie problemlos zwei Etagen Treppen steigen?		
Haben Sie Luftnot bei Belastung?		
Verspüren Sie unter Belastung ein Druckgefühl...		
... über der Brust?		
... im Hals?		
... im linken Arm?		
... zwischen den Schulterblättern?		
Leiden Sie ...		
... an chronischem Durchfall?		
... an chronischer Verstopfung?		
... an chronischer Müdigkeit?		
... an einem Leistungsknick?		
... unter Nachtschweiss?		
... unter Gewichtsverlust?		
... unter Gewichtszunahme?		
... an Infektanfälligkeit?		
Hatten Sie jemals eine Darm- oder Magenspiegelung? (Ab 50 Jahren ist eine Darmspiegelung alle 10 Jahre sehr sinnvoll)		
Wurden jemals zu hohe Blutfettwerte (Cholesterin) gemessen?		
Wurden jemals zu hohe Blutzuckerwerte festgestellt?		
Wurde jemals eine Knochendichtemessung (Dexa) durchgeführt?		
Bestehen Störungen der Hirnleistung?		
Bestehen Störungen der Sexualfunktion?		
Ist bei Ihnen wegen Risikokontakt eine HIV-Infektion möglich?		
Bestehen Störungen des seelischen Befindens?		
Beziehen Sie eine IV Rente?		

Für Frauen zusätzlich:

Wann war Ihre letzte gynäkologische Kontrolle? _____

Bei wem? _____

Wir führen auf Wunsch auch einen gynäkologischen Check durch.

Erste Periode mit ____ Jahren. Letzte Periode mit ____ Jahren (Menopause).

Wie verläuft Ihre Periode?

☐ regelmässig

☐ unregelmässig

☐ keine Periode

Wie verhüten Sie? _____

Sind Sie zurzeit schwanger? ☐ Ja ☐ Nein

Wie viele Male waren Sie schwanger? _____

5. Soziales

	Ja	Nein
Leben Sie alleine?		
Leben Sie in einer Partnerschaft?		
Wichtigste Ansprechpersonen bei einer lebensbedrohlichen Situation:		
Name:	Telefonnummer:	
Name:	Telefonnummer:	
Haben Sie eine Patientenverfügung ausgefüllt?		
Möchten Sie eine Patientenverfügung zusammen mit dem Arzt erstellen?		

6. Familienanamnese

Name des Vaters:	Geburtsjahr:
Krankheiten des Vaters:	

Name der Mutter:	Geburtsjahr:
Krankheiten der Mutter:	

Wie viele Geschwister haben Sie? _____ Wie viele Kinder haben Sie? _____

Name und Geburtsjahr der Kinder: _____

Erkrankungen in der Familie? (Kinder, Geschwister, Grosseltern, Onkel, Tante, Cousin)

Wer?	Was?

Todesursachen und Sterbealter von Angehörigen? (Kinder, Geschwister, Eltern, Grosseltern)

Name und Verwandtschaft	Sterbealter	Todesursache

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Ihre Angaben werden vertraulich behandelt.

Datum/Unterschrift: _____

Hauptstrasse 92

9658 Wildhaus

Tel. 071 999 14 55

E-Mail: info@arztpraxis-churfirsten.ch

