**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
* Herz
* Gefässe
* Darm
* Lunge
* 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? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_