



Patientenfragebogen

Vorname
Name
Geburtsdatum

Ambulanz

**Innere Medizin, Rheumatologie,
Klinische Immunologie und Osteologie**

Prof. Dr. med. Andreas Krause
Ärztlicher Direktor und Chefarzt
Königstraße 63 · 14109 Berlin-Wannsee

Tel. 030 80 505 - 293 / Sekretariat -292

Liebe Patientin, lieber Patient,
wir bitten Sie herzlich, vor unserer ärztlichen Untersuchung folgende Fragen zu beantworten.
Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

1. a) Herz-Kreislaferkrankungen

Bluthochdruck:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Herzinfarkt, Herzkranzgefäßerkrankung:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Schlaganfall:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen, Gefäßverkalkung:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
andere:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Seit wann?

1. b) Erkrankungen der Atemwege

Mandelentzündungen:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Nasennebenhöhlenentzündungen:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
chronische Bronchitis:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Asthma bronchiale:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
andere:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

1. c) Stoffwechselerkrankungen

Fettstoffwechselstörung:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit):	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Erkrankungen der Schilddrüse:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Gicht:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
andere:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

1. d) Magen- Darmerkrankungen, Lebererkrankungen

Sodbrennen, Refluxkrankheit:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Magengeschwür / Gastritis:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
chronische Darmentzündungen (M. Crohn, Colitis ulcerosa):	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
chronische Lebererkrankung, Leberfunktionsstörung:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Magenspiegelung:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Darmspiegelung:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
andere:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Seit wann?

Wenn ja, wann zuletzt?

Wenn ja, wann zuletzt?

1. e) Erkrankungen des Nervensystems

Nervenlähmungen:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Schlaganfall:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Multiple Sklerose:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Epilepsie:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Muskelerkrankung:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
psychische Erkrankung / Depression:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Alkohol- und / Drogenkonsum:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
andere:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Wenn ja, Menge pro Tag / Woche?

1. f) Hauterkrankungen

Schuppenflechte:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Neurodermitis:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
andere:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Bitte auch die Fragen auf der Rückseite beantworten!

1. g) Erkrankungen von Nieren und Unterbauch

chronische Nierenerkrankungen: ja nein
Entzündungen/ Infektionen der Harnwege: ja nein
letzte Vorsorgeuntersuchung: Welche?
andere: ja nein
Frauen Erste Regelblutung:
Fehlgeburten: ja nein
Männer Prostataerkrankung: ja nein
1. h) Rheumatische Erkrankungen ja nein

Wann?
Letzte Regelblutung:

Wenn ja, welche?

1. i) Tumorerkrankungen ja nein

Wenn ja, welche?

1. j) Allergien, Unverträglichkeiten ja nein

Wenn ja, welche?

Medikamente:

Röntgenkontrastmittel:

andere:

1. k) Infektionserkrankungen

Tuberkulose: ja nein
Hepatitis: ja nein
andere (z.B. HIV): ja nein

Wenn ja, welche?

2. Rauchen Sie? ja nein

Wenn ja, wie viel Zigaretten täglich? Seit wann rauchen Sie?

3. Wurden Sie schon einmal operiert?

Art der Operation	Krankenhaus/ Praxis	Monat/ Jahr
.....
.....
.....

4. Lagen Sie aus anderen Gründen schon einmal im Krankenhaus?

Grund der Krankenhausbehandlung	Krankenhaus	Monat/ Jahr
.....
.....
.....

5. Sind Ihnen Erkrankungen bei Familienangehörigen (Blutsverwandten) bekannt?

Rheuma:
Hautkrankheiten (z.B. Schuppenflechte):
Tumorerkrankungen:
Herz-Kreislaufkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall):

6. Wie ist Ihre familiäre Situation?

ledig verheiratet geschieden verwitwet in Partnerschaft lebend Anzahl der Kinder

7. Wie ist Ihre berufliche Situation?

erlernter Beruf: zuletzt ausgeübter Beruf:
arbeitsunfähig seit: berentet seit: wegen:
Schwerbehinderung: ja nein GdB: laufendes Rentenverfahren: ja nein

8. Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?

Medikament	Dosis	Häufigkeit, z.B. 2 x 1
.....
.....
.....
.....