

**Liebe Patientin, lieber Patient,**

Dieser Fragebogen soll das ärztliche Gespräch und die Untersuchung vorbereiten, damit mehr Zeit bleibt, über die wesentlichen Aspekte Ihrer aktuellen gesundheitlichen Probleme zu sprechen.  
Bitte füllen Sie darum den Fragebogen sorgfältig und vollständig aus.  
Kreuzen Sie das Zutreffende an oder schreiben Sie Ihre Antwort kurz hinter die jeweilige Frage.

Name, Vorname ..... Geburtsdatum .....

Straße ..... PLZ ..... Stadt ..... Tel .....

Datum .....

Überweisender Arzt/Ärztin: .....

**Denken Sie an Ihre Überweisung vom Hausarzt oder Orthopäden!**

**Größe:**                      **cm**                                      **Gewicht:**                      **kg**

**Welche Krankheiten haben Sie durchgemacht oder bestehen zurzeit?** (nur bei Vorliegen ankreuzen)

**Kopf/Neurologie** (z.B. Schlaganfälle, Epilepsie, Polyneuropathie):

**Herz** (z.B. KHK, Herzklappenfehler, Herzinfarkt):

**Lunge** (z.B. COPD, Asthma bronchiale):

**Magen/Darm** (z.B. Reizdarm, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Magengeschwüre):

**Leber / Bauchspeicheldrüse / Gallenblase / Milz** (z.B. Leberverfettung, Gallenblasenentzündung):

**Niere / Harnblase** (z.B. chronische Nierenschwäche, Nierenbeckenentzündung, Blut im Urin):

**Prostata** (z.B. Prostatavergrößerung):

**Gebärmutter / Eierstöcke / Brust** (z.B. Gebärmutterentfernung, Eierstockzysten/Brustkrebs):

**Haut** (z.B. Schuppenflechte, Neurodermitis, Ausschlag):

**Auge** (z.B. Augenentzündung, erhöhter Augeninnendruck):

**Hals/Nasen/Ohren** (z.B. anhaltender Schnupfen, Nasenbluten):

**Stoffwechselerkrankungen/Schilddrüse** (z.B. Schilddrüsenunterfunktion, Nebennierenschwäche):

--

**Bösartige Erkrankungen** (z.B. Darmkrebs, Lymphom):

--

**Infektionen** (z.B. Tuberkulose, chronische Hepatitis):

--

- Diabetes:**
- Bluthochdruck:**
- erhöhte Blutfette:**
- erhöhte Harnsäure:**

**Geben Sie bitte durchgeführte Operationen oder Unfallverletzungen an**

(z.B. Blinddarmoperation 1972 oder Oberschenkelbruch links, 1982)

Operation / Unfallverletzung

wann?


**Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein? Bitte nennen Sie nach Möglichkeit die Substanz, die Dosis und die Häufigkeit der Einnahme:**

(z.B. Bisoprolol 5 mg

1

0

1)

Medikament

morgens

mittags

abends



**Werden oder wurden wegen Ihrer jetzigen Beschwerden andere Behandlungen durchgeführt (z.B. Injektionen, Punktionen, Krankengymnastik)? Wenn ja,**

Welche ?

Wann ?



**Sind in letzter Zeit Röntgenuntersuchungen durchgeführt worden?**

Zutreffendes Kästchen bitte ankreuzen	wenn ja, bitte nähere Angaben		
Gelenke? wenn ja, welche?.....	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	bei wem?.....
Wirbelsäule? wenn ja, welche?.....	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	bei wem?.....
Lunge?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	bei wem?.....
andere Röntgenaufnahmen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	bei wem?.....
Computertomographie?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	bei wem?.....
<b>Szintigramm?</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	bei wem?.....
<b>Knochendichtemessung?</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	bei wem?.....

**Fragen zu Ihrem Alltag und Ihren Lebensgewohnheiten**

Sind Sie erwerbstätig?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	als.....
Wenn ja, sind Sie zurzeit arbeitsunfähig?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	seit wann?.....
Betreiben Sie Bewegungssport?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	was?.....
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wieviel / Tag?.....
Trinken Sie alkoholische Getränke?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wieviel / Tag?.....
Nehmen Sie Drogen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	welche?.....

**Bestehen bei Ihnen Allergien?**  nein  ja welche?.....

**Leiden Ihre Eltern oder Geschwistern unter:**

Rheuma	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	welche Rheumaform?.....
Schuppenflechte / Psoriasis:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
chronisch entzündliche Darmerkrankung (Morbus Crohn / Colitis ulcerosa)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Gicht	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	

**Leiden Sie unter folgenden Symptomen:**

Nachtschweiß, so dass sie die Bettwäsche oder Nachtbekleidung wechseln müssen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	.....
Unklare Gewichtsabnahme?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wieviel kg?.....
Durchfall?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wieviel / Tag?.....
Schlafstörungen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	.....
Beschwerden beim Wasserlassen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	.....

Hier können Sie weitere Angaben machen:

**Bitte bringen Sie den ausgefüllten Fragebogen, die Unterlagen und Röntgenbilder Ihrer behandelnden Ärzte zur Untersuchung mit.  
Vielen Dank für Ihre Geduld und Mitarbeit!**