

NEUPATIENT

FRAGEBOGEN ZU BESCHWERDEN UND VORGESCHICHTE (V1.2 - AR 5/2018)

Vorerkrankungen

Herz-Kreislauf-System

- Herzinfarkt
 - Bluthochdruck
 - Vorhofflimmern
 - Thrombose oder Embolie
 - Herzschrittmacher
 - Sonstige
 -
 -
- KHK (z.B. Stent)
 - Herzschwäche
 - Klappenfehler
 - Schaufensterkrankheit (AVK)

Lunge/Atemwege

- COPD
 - Tuberkulose
 - Sonstige
- Asthma
 - Schlafapnoe

Stoffwechsel

- Diabetes (Zucker)
 - Struma (Kropf)
 - Sonstige
- Cholesterin ↑
 - SD-Unterfunktion

Magen/Darm

- häufig Gastritis
 - Säurerückfluss (Reflux)
 - Hämorrhoiden
 - Polypen
 - Gastroskopie (wann?)
 - Koloskopie (wann?)
 - Krebs (welcher, wann?)
 - Sonstige:
- Magengeschwür
 - Darmdivertikel
 - Morbus Crohn/ Colitis ulcerosa

Leber/Bauchspeicheldrüse

- Virushepatitis (B/C)
 - Gallensteine
 - Krebs (welcher, wann?)
 -
 - Sonstige
- Leberzirrhose
 - Pankreatitis

Nieren/Geschlechtsorgane

- Nierensteine (li/re)
 - Nierenentzündungen
 - Prostatavergrößerung
 - Gebärmutter-/Eierstockerkrankung:
 - Krebs (welcher, wann?)
 -
 - Sonstige
- Niereninsuff.
 - Inkontinenz
 - Harndrang

Chronische Schmerzen

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

VAS: keine sehr stark

Wo:

Psychische Erkrankungen

- Depressionen
 - Suizidversuch
 - Sucht
 - Sonstige
- Angsterkrankung
 - Essstörungen
 - Zwänge

Nervensystem

- Schlaganfall
 - Alzheimer/Demenz
 - MS
 - Polyneuropathie
 - Sonstige
- "Schlägle" (TIA)
 - Parkinson
 - Restless-Legs
 - Migräne

Andere Erkrankungen:

- Haut
- rheumatische Erkrankungen
-
- orthopädische Erkrankungen
-
- Augenkrankheiten
- Hörminderung/Schwerhörigkeit
- Sonstige

Operationen

- Blinddarm
 - Divertikel-OP
 - Knie-TEP (li/re)
 - Sonstige
- Mandeln
 - Gebärmutterentfernung
 - Hüft-TEP (li/re)

Letzte Vorsorge (Jahr)

- "Männervorsorge"
- Darmspiegelung
- "Frauenvorsorge"
- "Check-up"

Chronische Erkrankung

Während der letzten 12 Monate war ich in folgenden Quartalen regelmäßig bei meinem Hausarzt (auch wegen Dauermedikation):

- 1. Quartal ____ (Jahr) 2. Quartal ____ (Jahr)
- 3. Quartal ____ (Jahr) 4. Quartal ____ (Jahr)

NEUPATIENT

FRAGEBOGEN ZU BESCHWERDEN UND VORGESCHICHTE (V1.2 - AR 5/2018)

Dauermedikation

Nehmen Sie dauerhaft Medikamente ein? Wenn ja, welche und wie oft?

Medikament 1

Name des Medikaments	
Seit wann?	

	Morgens	Mittags	Abends	Nachts
Dosierung (mg)				

Medikament 2

Name des Medikaments	
Seit wann?	

	Morgens	Mittags	Abends	Nachts
Dosierung (mg)				

Medikament 3

Name des Medikaments	
Seit wann?	

	Morgens	Mittags	Abends	Nachts
Dosierung (mg)				

Medikament 4

Name des Medikaments	
Seit wann?	

	Morgens	Mittags	Abends	Nachts
Dosierung (mg)				

Medikament 5

Name des Medikaments	
Seit wann?	

	Morgens	Mittags	Abends	Nachts
Dosierung (mg)				

