**Liebe Patientin, lieber Patient,**

bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen sorgfältig und vollständig aus. Er dient dazu Ihre Kranken- Geschichte umfassend zu erheben und um die anschließende gründliche Untersuchung zu erleichtern.

**Name**……………………………………………………………………………………..…………………… **Vorname**……………………………………………………………………………………………………… **geb.**…………………………………………………………………………………………………………… **PLZ und Wohnort**…………………………………………………………………………………………… **Straße**……………………………………………………………………………….………………………… **Beruf**……………………………………………………………………………..…………………………… **Familienstand** …………………………………………………………………….…………………………

**Warum suchen Sie meine Praxis auf? Welche Beschwerden haben Sie ?**

**Was?** (freie Schilderung) …………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………

**Wo?** (Lokalisation) ………………………………………………………………………………………..……

……………………………………………………………………………………………………………

**Wie?** z.B. Schmerzcharakter (hell stechender oder dumpf bohrender Schmerz), Schmerzintensität:

…………………………………………………………………………………………………………………….

**Wann?** Beginn (seit wann? auslösende Faktoren), Ablauf (was verbessert, was verschlimmert), bestimmte Tageszeiten

…………………………………………………………….………………………………………………

**Warum bzw. wodurch?** (auslösende Faktoren) …………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| **Medikamenteneinnahme** | |
| Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Familienanamnese** | |
| Welche Erkrankungen traten in der Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister) gehäuft auf? (z.B. Diabetes Mellitus, Krebs, Herz-Kreislauf- Erkrankungen) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Soziale Anamnese** | |
| Haben Sie Freunde? Oder soziale Kontakte? |  |
| Sind Sie gut in Ihre Familie integriert? |  |
| Wie sind Ihre Wohnverhältnisse? |  |
| Sind Sie am Arbeitsplatz besonderen Belastungen ausgesetzt (z.B.Mobbing)? |  |
| Sind Sie am Arbeitsplatz bestimmten Schadstoffen ausgesetzt? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Allgemeine Lebensführung** | |
| Wieviel Alkohol trinken Sie durchschnittlich täglich?  Welche Sorte Alkohol? | Menge:  Sorte: |
| Wie viele Zigaretten rauchen Sie durchschnittlich täglich? Seit welchem Lebensalter rauchen Sie? | Zigarettentäglich:  Seit Lebensalter: |
| Haben Sie in letzter Zeit auffallend an Gewicht verloren? | Ja  Nein |
| Haben Sie in letzter Zeit auffallend an Gewicht zugenommen? | Ja  Nein |
| Ist Ihr Schlaf erholsam? Leiden Sie an Ein-oder Durchschlafschwierigkeiten? Wenn ja, wie lange liegen Sie wach? | Ja Nein  Ja Nein  Zeit: |
| Haben Sie große Sorgen?  Sind Sie nervös? | Ja Nein  Ja Nein |
| Leiden Sie unter psychischen Problemen, wie z.B. Zwängen? | Ja Nein |
| Haben Sie auffallend viel Durst? | Ja Nein |
| Leiden Sie zur Zeit oder sonst öfter unter Fieber? | Ja Nein |

|  |  |
| --- | --- |
| **Allergien** | |
| Sind Ihnen Allergien gegen Medikamente bekannt?  Welche? | Ja Nein  Welche: |
| Bestehen Allergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten gegen bestimmte Substanzen wie Fisch, Eier, Milch, Glutamat, Laktose | Ja Nein  Welche: |
| Hausstauballergien? Blütenpollen? Andere?  Welche? | Allergie gegen: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Kopfbereich** | |
| Leiden Sie unter Schwindel? | Ja Nein |
| Ohnmachtsanfällen? | Ja Nein |
| Epileptische Anfälle? | Ja Nein |
| Kopfschmerzen? | Ja Nein |
| Haben Sie Probleme mit den Augen?  Welche? | Ja Nein  Welche: |
| Haben Sie Probleme mit dem Hören? | Ja Nein |
| Ohrenschmerzen? | Ja Nein |
| Fließt manchmal ein Sekret aus dem Ohr? | Ja Nein |
| Haben Sie häufig oder langanhaltend Schnupfen? | Ja Nein |
| Bekommen Sie schlecht Luft durch die Nase? | Ja Nein |
| Leiden Sie häufig an Nasenbluten? | Ja Nein |
| Leiden Sie unter Haarausfall? | Ja Nein |
| Haben Sie besondere Beschwerden im Lippen-Mund- Kiefer-Bereich? | Ja Nein  Welche: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Halsbereich** | |
| Haben Sie Halsschmerzen, bzw. Schmerzen beim Schlucken? | Ja Nein |
| Leiden Sie unter einem Kloßgefühl im Hals? | Ja Nein |
| Haben Sie eine Vergrößerung der Schilddrüse bei sich festgestellt? | Ja Nein |
| Leiden Sie unter Heiserkeit? | Ja Nein  Wie lange: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Brustbereich** | |
| Leiden Sie unter Husten? Wie lange? Wie ist der Auswurf beschaffen? Haben Sie Blut im Auswurfbemerkt? | Ja Nein  Wie lange:  Beschaffenheit:  Ja Nein |
| Leiden Sie unter Atem not? | Ja Nein |
| Asthma-bronchiale-Anfälle? | Ja Nein |
| Haben Sie ein Druckgefühl oder Schmerzen in der Herzgegend? | Ja Nein |
| Leiden Sie unter Herzjagen oder Herzstolpern? | Ja Nein |
| Haben Sie(manchmal)das Gefühl, dass Ihnen das Essen in der Speiseröhre stecken bleibt? | Ja Nein |
| Leiden Sie unter Rückenschmerzen? | Ja Nein |

|  |  |
| --- | --- |
| **Bauchbereich** | |
| Leiden Sie unter Bauchschmerzen? | Ja Nein |
| Haben Sie Beschwerden während oder nach dem Essen? Welche? | Ja Nein  Welche: |
| Haben Sie eine Unverträglichkeit von Fetten, scharfen oder rohen Speisen? | Ja Nein |
| Verspüren Sie in neuerer Zeit eine Abneigung gegen Fleisch? | Ja Nein |
| Leiden Sie unter Übelkeit oder Erbrechen? | Ja Nein |
| Sodbrennen? | Ja Nein |
| Haben Sie Beschwerden beim Absetzen des Stuhles wie z.B. Verstopfung, Durchfall oder Schmerzen? | Ja Nein  Beschwerde: |
| Sind Ihnen Veränderungen in der Beschaffenheit, Menge oder Farbe des Stuhles aufgefallen? | Ja Nein  Veränderung |
| Haben Sie Blut im Stuhlbemerkt? | Ja Nein |

|  |  |
| --- | --- |
| **Arme und Hände** | |
| Haben Sie steife oder geschwollene Gelenke? | Ja Nein |
| Schlafen Ihnen(nachts) die Hände ein? | Ja Nein |
| Leiden Sie an Durchblutungsstörungen der Hände? | Ja Nein |
| Zittern Ihre Hände(manchmal)? | Ja Nein |
| Haben Sie(manchmal)Gefühlsstörungen in den Armen oder Händen? | Ja Nein |

|  |  |
| --- | --- |
| **Beine und Füße** | |
| Leiden Sie unter Krampfadern? | Ja Nein |
| Treten nachts Wadenkrämpfe auf? | Ja Nein |
| Schmerzen in Beinen oder Füßen? | Ja Nein |
| Müssen Sie nach dem Gehen einer bestimmten Wegstrecke schmerzbedingt stehen bleiben? | Ja Nein |
| Sind Ihre Beine oder Füße manchmal geschwollen? | Ja Nein |
| Schmerzen in der Hüfte, in den Knien, Fußgelenken? | Ja Nein |
| Gefühlsstörungen in den Beinen oder Füßen? | Ja Nein |

|  |  |
| --- | --- |
| **Harn- und Geschlechtsorgane** | |
| Haben Sie Schmerzen in der Nierengegend? | Ja Nein |
| Schmerzen beim Wasserlassen? | Ja Nein |
| Sind Veränderungen der Harnmenge oder Harnfarbe aufgetreten? | Ja Nein  Veränderung: |
| Haben Sie Blut m Urin festgestellt? | Ja Nein |
| Haben Sie Schwierigkeiten den Urin willentlich zurückzuhalten? | Ja Nein |
| Haben Sie eine Abschwächung des Harnstrahls festgestellt? | Ja Nein |
| Müssen Sie nachts regelmäßig Wasser lassen? | Ja Nein |
| Tritt ein Sekret aus der Harnröhre? | Ja Nein |

|  |  |
| --- | --- |
| **Gynäkologische Anamnese der Frau** | |
| In welchem Alter trat die erste Regelblutung auf? |  |
| Wann trat die letzte Regelblutung auf (Menopause)? |  |
| Wie lange ist die Zyklusdauer? |  |
| Wie ist die Blutungsstärke? (schwach, normal stark?) |  |
| Treten Beschwerden im Zusammenhang mit der Regelblutung auf? | Ja Nein |
| Tritt ein Sekret aus der Scheide? | Ja Nein |
| Haben Sie Beschwerden im Bereich der Brüste? | Ja Nein |

|  |  |
| --- | --- |
| **Haut** | |
| Leiden Sie unter Hautveränderungen? | Ja Nein |
| Hautjucken? | Ja Nein |
| Treten in neuerer Zeit schnell blaue Flecken auf? | Ja Nein |
| Heilen bei Ihnen Hautwunden schlecht aus? | Ja Nein |

|  |
| --- |
| Sonstiges |
|  |

**Datum : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Essgewohnheiten?

Was essen Sie in der Regel zum Frühstück?

Frühstücken Sie jeden Morgen?

Nehmen Sie Zwischenmahlzeiten zu sich?

Wenn ja welche?

Essen Sie immer zur gleichen Uhrzeit zu Mittag? Wann?

Was essen Sie häufig zu Mittag? Oder wie sieht Ihr Speiseplan aus? Ein kleiner Einblick genügt.

Nehmen Sie nachmittags auch noch eine weitere Zwischenmahlzeit ein?

Wenn ja, was essen Sie dann bevorzugt?

Wann nehmen Sie ihr Abendessen zu sich?

Was essen Sie bevorzugt zu Abend?

Wann essen Sie das letzte Mal am Tag?

Trinken Sie zu den Mahlzeiten?

Wieviel trinken Sie durchschnittlich am Tag?

(mit Kaffee und Tee etc.)

Mir ist wichtig einen Überblick zu erhalten welche Nahrungsmittel sie regelmäßig zu sich nehmen.Wichtig ist wirklich alles einmal niederzuschreiben um einen groben Überblick zu erhalten. Hieraus lassen sich häufig Hinweise entnehmen die zu einer Störung der Darmfunktion führen könnten.