



ÄRZTE FÜR INNERE MEDIZIN DR. MED. INGRID STUMPFE
DR. MED. LOTHAR SCHMITZ GASTROENTEROLOGIN
DR. MED. ELKE WOLFERINK DR. MED. ANDREA KÖRFER
DR. MED. (RO) ONDINA I. RAU ÄRZTIN FÜR ALLGEMEINMEDIZIN ■

Patientenfragebogen

Name _____
Vorname _____
Geburtsdatum _____
Anschrift _____
Telefon _____
Beruf _____
Sport _____
E-Mail _____

Datum _____
Größe _____ cm
kg
Raucher ☐ Ja ☐ Nein
Anzahl der Schwangerschaften: _____
Anzahl der Kinder: _____
Allergien _____
Impfpass? _____

Dürfen wir Sie zukünftig an Ihre Gesundheitsvorsorge
notwendige Impfungen etc. erinnern?

☐ Ja
☐ Nein

Datum / Unterschrift

Welche Beschwerden haben Sie im Augenblick

Eigene Vorgeschichte

Welche Erkrankungen insbesondere an Herz, Lungs, Leber, Nieren, Magen, Darm, Schilddrüse, Wirbelsäule, Knochen und Gelenken sowie Allergien, Bluthochdruck, Stoffwechselstörungen (Diabetes, erhöhtes Cholesterin) und Infektionserkrankungen sowie Kinderkrankheiten, Hepatitis etc. haben Sie gehabt?

Zeitpunkt	Erläuterungen

Krankenhausaufenthalte und / oder Operationen

Zeitpunkt	Erläuterungen

Familiäre Vorgeschichte / familiäre Belastung

Vater

Mutter

Geschwister

Kinder

Jetzige Beschwerden

	Nein	Ja	Erläuterungen
1) Sehstörungen	☐	☐	
2) Kopfschmerzen	☐	☐	
3) Schwindel	☐	☐	
4) Hörstörungen	☐	☐	
5) Schlafstörungen	☐	☐	
6) Schmerzen	☐	☐	
7) Husten	☐	☐	
8) Atemnot	☐	☐	
9) Herzschmerzen	☐	☐	
10) Nachtschweiß	☐	☐	
11) Unklare Gewichtsabnahme	☐	☐	
12) Appetitlosigkeit	☐	☐	
13) Verdauungsbeschwerden	☐	☐	
14) Beschwerden beim Wasserlassen	☐	☐	
15) Rückenschmerzen	☐	☐	
16) Gelenkschmerzen	☐	☐	
17) Anfallsleiden	☐	☐	
18) Sonstige Beschwerden	☐	☐	
Sind Sie zur Zeit in ärztlicher oder psychotherapeutischer Behandlung?	☐	☐	
Nehmen Sie zur Zeit Medikamente?	☐	☐	Welche?
a)	☐	☐	
b)	☐	☐	
c)	☐	☐	
d)	☐	☐	
Tragen sie eine Sehhilfe	☐	☐	
Machen Sie regelmäßig Sport?	☐	☐	
Trinken Sie Alkohol?	☐	☐	Tägl. Menge?
Gehen Sie regelmäßig zur gynäkologischen / urologischen Vorsorge?	☐	☐	Wann zuletzt?
Nehmen Sie Drogen?	☐	☐	Welche?
Wann war die letzte Blutabnahme?	☐	☐	
Wann war das letzte EKG?	☐	☐	
Wann war das letzte Belastungs-EKG?	☐	☐	
Bitte Befunde beifügen	☐	☐	