



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

Datum / Unterschrift

Wie reinigen Sie den After nach dem Stuhlgang?

- 0) nur trocken mit WC-Papier und weiter gar nichts
- 1) erst trocken, dann nass, dann trocken
- 2) nass, nur mit klarem Wasser ohne Seife und ohne Duschgel
- 3) mit dem Waschlappen oder Einmallappen ohne seife und ohne Duschgel
- 4) nass aber mit Seife oder Duschgel
- 5) mit Feuchttüchern
- 6) unter der Dusche
- 7) ich halte den Duschkopf auf den After
- 8) im Bidet/Sitzbad
- 9) in der Badewanne

Seit wann reinigen Sie den After so?

- 0) seitdem ich Beschwerden habe
- 1) das habe ich immer schon so gemacht

Über welche Zeiträume haben Sie bisher den After nach dem Stuhlgang so gereinigt?

- 0) ungefähr eine Woche
- 1) ungefähr zwei bis vier Wochen
- 2) ungefähr zwei bis zwölf Monate
- 3) länger als zwölf Monate

Wie häufig gehen sie auf die Toilette zum Stuhlgang?

- 0) selten, etwa alle 2 bis 7 Tage
- 1) täglich ein- bis dreimal
- 2) mehr als dreimal täglich

Waschen Sie sich den Intimbereich vor dem Schlafengehen?

- 0) selten oder nie
- 1) meistens
- 2) immer

Falls ja, verwenden Sie dabei Seifen, Duschgel oder Feuchttücher?

- 0) ja
- 1) nein
- 2) entfällt, weil ich mich nicht vor dem Schlafengehen im Intimbereich wasche

Wie häufig duschen Sie?

- 0) nie oder ganz selten
- 1) jeden zweiten oder dritten Tag
- 2) täglich einmal
- 3) mehrfach täglich

Wie häufig liegen Sie in der Badewanne?

- 0) nie oder ganz selten
- 1) jeden zweiten oder dritten Tag
- 2) täglich einmal
- 3) mehrfach täglich

Verwenden Sie Seifen, Duschgels oder Waschlotionen beim Duschen oder Baden?

- 0) ja
- 1) nein

Verwenden Sie Parfums, Intim- bzw. Hygienesprays oder Feuchttücher für die Anal- oder Intimpflege?

- 0) nein
- 1) Parfums
- 2) Intim- bzw. Hygienesprays
- 3) Feuchttücher