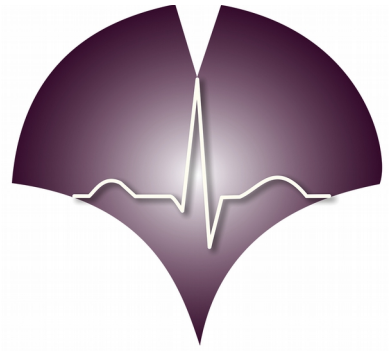
Unsere Fragen an Sie



Patienten-Fragebogen
zur Erhebung der Krankengeschichte
und des Gesundheitsstatus

Privatpraxis für Innere Medizin
Schwerpunkt Prävention und Anti-Aging Medizin
Dr. med. Dörthe Ballidis
Augustastraße 19
53173 Bonn

I. Persönliche Daten

Vorname:_____ Nachname:_____

Geburtsdatum:_____

Privatadresse:_____

Familienstand:_____ Kinder:_____

Berufliche Tätigkeit:_____

Telefon/privat: _____ Telefon/dienstl.:_____

Email:_____

II. Familienvorgeschichte

Welche der folgenden Risikofaktoren oder Erkrankungen kamen bzw. kommen in Ihrer Familie bei **Geschwistern, Eltern und/oder Großeltern** vor?

	Wer?	**In welchem Alter (ca.)?**
Bluthochdruck		
erhöhtes Cholesterin		
Zuckerkrankheit (Diabetes)		
Herzinfarkt, Herzkranzgefäßverengung		
Schlaganfall		
andere Herz/Gefäßerkrankungen		
(z.B. Beinvenenthrombose)		
Osteoporose		
Krebserkrankungen		
-Dickdarmkrebs oder Polypen		
-Lungenkrebs		
-Prostatakrebs		
-Brustkrebs		
-andere		
Haben Eltern/Großeltern ein Alter > 80 Jahren erreicht?		

III. Eigene Vorerkrankungen

Hatten oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

	Ja	Wann? Ggf. Erläuterung
1. Wiederholte Mandelentzündungen	□	
2. Nasennebenhöhlententzündung	□	
3. Heuschnupfen(ggf. Allergie worauf?)	□	
4. Andere Allergien	□	
5. Asthma	□	
6. Lungenentzündung	□	
7. andere Lungenerkrankungen	□	
8. Schilddrüsenerkrankung	□	
9. Blutarmut, Blutkrankheit	□	
10. Bluthochdruck	□	
11. Cholesterinerhöhung	□	
12. Zuckerkrankheit / Diabetes mellitus oder erhöhter Nüchtern-Blutzucker	□	
13. Angina pectoris (Druck- oder Engegefühl in der Brust)	□	
14. gesicherte Herzkranzgefäßverengung	□	
15. Herzinfarkt (Myokardinfarkt)	□	
16. Herzrhythmusstörungen	□	
17. Herzschwäche (Herzinsuffizienz)	□	
18. Schlaganfall oder TIA (kurzzeitige Durchblutungsstörung d. Gehirns	□	
19. Verengung der Beinarterien	□	
20. Speiseröhrenentzündung	□	
21. Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür	□	
22. Hatten Sie schon einmal eine Magenspiegelung?	□	**Wann?**
23. Hatten Sie schon einmal eine Darmspiegelung (Koloskopie)	□	**Wann?**
24. Lebererkrankung, Gallensteine	□	
25. Bauchspeicheldrüsenerkrankung	□	
26. Nierensteine	□	
27. Nieren-, Nierenbeckenentzündung	□	
28. zu hoher Harnsäurespiegel, Gicht	□	
29. Gelenkerkrankungen	□	
30. Wirbelsäulenerkrankungden (Osteoporose, Bandscheibenvorfall)	□	
31. Tiefe Beinvenenthrombose oder oberflächliche Venenentzündung	□	

Hatten oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

	Ja	Wann? Ggf. Erläuterung
32. Knochenbrüche	□	
33. Hauterkrankungen	□	
34. Krampfanfälle (Epilepsie)	□	
35. Gemütskrankheiten, Depression	□	
36. Migräne	□	
37. Glaukom (grüner Star)	□	
38. Ohrenkrankheiten	□	
39. Bei Männern: Prostataprobleme	□	
40. Bei Frauen: Erkrankungen der Gebärmutter oder der Eierstöcke	□	
		falls ja: woran, welche Seite, Folgeschäden?
41. Wurden Sie operiert?	□	
42. Andere, ungenannte Krankheiten?	□	

IV. Aktuelle Beschwerden

Haben Sie **aktuell** oder hatten Sie **in jüngster Zeit** folgende Beschwerden?

Falls nein, können Sie das jeweilige Kapitel überspringen. Falls ja, geben Sie bitte auch an, wie oft es dazu kam und beschreiben Sie die Beschwerden evtl. genauer.

1. Kopfbereich?	Nein □	
Beschwerden	Ja □	Wie oft? Beschreibung
43. einseitige Kopfschmerzen	□	
-mit Übelkeit o. Sehstörungen?	□	
44. Nackenschmerzen	□	
45. andere Beschwerden am Kopf	□	

2. Augenbeschwerden	Nein □	
Beschwerden	Ja □	Wie oft? Beschreibung
46. Sehen Sie Doppelbilder?	□	
47. Bekommen Sie Schmerzen nach längerem Lesen oder Schreiben?	□	
48. Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen?	□	
49. andere Beschwerden an den Augen?	□	

3. Hals-, Nasen-, Ohrenbeschwerden?	Nein □	
Beschwerden	Ja □	Wie oft? Beschreibung
50. Hören Sie ein anhaltendes Rauschen oder Klingeln?	□	
51. Häufiges Nasenbluten	□	
52. andere Beschwerden	□	

4. Beschwerden an Mund, Rachen oder Zähnen?	Nein □	
Beschwerden	Ja □	Wie oft? Beschreibung
53. Zahnschmerzen	□	
54. Zahnfleischentzündungen	□	
55. andere Beschwerden	□	
56. letzter Zahnarztbesuch	□	Wann?_____

5. Magen, Darmbeschwerden	Nein □	
Beschwerden	Ja □	Wie oft? Beschreibung
57. Schluckstörungen	□	
58. Sodbrennen, saures Aufstoßen	□	
59. Oberbauchschmerzen	□	
60. Übelkeit	□	
61. krampfartige Bauchschmerzen	□	
62. häufige Blähungen	□	
63. Neigung zu Durchfall	□	
64. Neigung zu Verstopfung	□	
65. Änderung des Stuhlgangs in letzter Zeit (Farbe, Konsistenz)	□	
66. Blut im Stuhl oder „aufgelagert“	□	
67. schwarzer Stuhl („wie Teer“)	□	
68. Juckreiz am After	□	
69. andere Beschwerden	□	

6. Beschwerden im Brustkorb?	Nein □	
Beschwerden	Ja □	Wie oft? Beschreibung
70. Atemnot in Ruhe	□	
71. Atemnot bei Anstrengung	□	
72. Herzstolpern	□	
73. Plötzliches Herzrasen in Ruhe	□	
74. Engegefühl oder Schmerzen in der Brust	□	
- in Ruhe	□	
- bei Anstrengung	□	
- bei Stress	□	
75. Chronischer Husten	□	
- mit Auswurf	□	
76. Hustenanfälle	□	
77. andere Beschwerden	□	

7. Beschwerden der Harn-/ Geschlechtsorgane	Nein □	
Beschwerden	Ja □	Wie oft? Beschreibung
79. Brennen oder Schmerzen beim Wasserlassen	□	
80. nächtliches Wasserlassen (>2x)	□	
81. andere Beschwerden	□	

Fragen für Männer:

82. Ist der Urinstrahl dünner oder schwach geworden?	□
83. Haben Sie das Gefühl, die Blase nicht vollständig entleeren zu können?	□
84. Hat die Potenz nachgelassen?	□
85. andere Beschwerden	□

Fragen für Frauen:

86. Unterleibsschmerzen	□	
87. starke/veränderte Regelblutung	□	
88. neu aufgetretene Blutungen nach dem Ende der Wechseljahre	□	
89. Knoten in der Brust	□	
90. Veränderungen der Brüste	□	
91. Hatten Sie Schwangerschaftskomplikationen (z.B. Hochdruck oder Diabetes)?	□	
92. Ihre letzte frauenärztliche Vorsorgeuntersuchung war wann?	Monat_____	Jahr_____
93. andere Beschwerden	□	

8. Beschwerden des Bewegungsapparates? Nein □

Beschwerden	Ja □	Wie oft? Beschreibung
107. Halswirbelsäule	□	
108. Brustwirbelsäule	□	
109. Lendenwirbelsäule	□	
110. nächtliche Rückenschmerzen	□	
111. Gelenkbeschwerden	□	
- große Gelenke (z.B. Knie)	□	
- kleine Gelenke (z.B. Finger)	□	
112. muskuläre Beschwerden	□	
113. Schwellungen (Ödeme) an den Beinen	□	
114. Krampfadern	□	
115. andere Beschwerden	□	

9. Erkrankungen der Haut? Nein □

Beschwerden	Ja □	Beschreibung
116. auffällige Muttermale	□	
117. Schuppenflechte	□	
118. Neurodermitis oder Ekzeme	□	
119. wiederholte Pilzerkrankungen	□	
120. Lymphknotenschwellungen	□	
121. andere Beschwerden		

10. Beschwerden des Nervensystems? Nein □

Beschwerden	Ja □	Wie oft? Beschreibung
122. Ohnmachtsanfälle	□	
123. Schwindelanfälle	□	
124. Krampfanfälle (Epilepsie)	□	
125. Lähmungserscheinungen	□	
126. Gefühlsstörungen („Kribbeln“)	□	wo?_____
127. Gedächtnisstörungen	□	
128. andere Beschwerden		

11. Beschwerden des Vegetativums/ Stress-Anamese Nein □

Beschwerden	Ja □	Beschreibung
129. Ein- oder Durchschlafstörungen	□	
130. Morgendliche Müdigkeit, Schwierigkeiten aufzustehen	□	
131. Tagesmüdigkeit	□	
132. nächtliches Schwitzen	□	
133. auffällige Infektanfälligkeit	□	
134. lange Erholungsphase nach Infekten	□	

135. Appetitverlust ☐

136. starker Durst ☐

137. Hat sich Ihr Gewicht im letzten Jahr verändert? Ja ☐ wie? _____

138. Ihr aktuelles Gewicht und Ihre Körpergröße? _____ kg _____ cm

139. Kennen Sie folgende Gefühle?	Ja	Nein	manchmal
• Freudlosigkeit am Leben	☐	☐	☐
• allgemeine Sinn- und Freudlosigkeit	☐	☐	☐
• Gleichgültigkeit/Sarkasmus anderen gegenüber	☐	☐	☐
• Überforderung/Überlastung im Alltag	☐	☐	☐
• fehlende Regenerations-/ Erholungsmöglichkeit	☐	☐	☐
• Verlust von Selbstwert/Selbstachtung	☐	☐	☐

V. Nehmen Sie Medikamente ein?

Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel	Dosis	Anzahl pro Tag/Aufteilung
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

VI. Impfstatus

140. Besitzen Sie einen Impfausweis? Ja ☐ Nein ☐

141. Wurden Sie als Kind gegen die gängigen Kinderkrankheiten geimpft? ☐ ☐

142. Wurden Sie innerhalb der letzten 10 Jahre geimpft? ☐ ☐

Falls ja: wogegen? _____

VII. Rauchen

143. Rauchen Sie zur Zeit? Ja □ Nein □

Wenn ja, was? *Wieviel Stück/Tag* *seit wann*

Zigaretten

Zigarillos

Zigarren

Pfeife

144. Haben Sie früher geraucht? Ja □ Nein □

wenn, ja: *Stück/Tag* *von* *bis*

Zigaretten

Zigarillos

Zigarren

Pfeife

145. Sind Sie häufig einer Passivr auchbelastung ausgesetzt? Ja □ Nein □

146. Haben Sie schon einmal versucht, mit dem Rauchen aufzuhören? Ja □ Nein □

Wenn ja, mit welcher Methode? _____

VIII. Ernährungsgewohnheiten

147. Wieviele Mahlzeiten nehmen Sie durchschnittlich pro Tag zu sich? _____Hauptmahlzeiten

_____Zwischenmahlzeiten

147. Wieviel trinken Sie durchschnittlich pro Tag (inkl. Kaffee/Tee) ca. _____ Liter

148. Wann nehmen Sie Ihre erste Mahlzeit am Tag zu sich? ca. _____ Uhr

149. Wann die letzte Mahlzeit am Tag? ca. _____ Uhr

Wie häufig essen/trinken Sie	mal pro Tag	,mal pro Woche	mal pro Monat	nie
Weißbrot / -backwaren				
Vollkornbrot/ -backwaren				
Nudeln				
Reis, Buchweizen, Quinoa				

	mal pro Tag	mal pro Woche	mal pro Monat	nie
Müsli, Haferflocken				
Schokolade				
Fruchtgummi, Bonbons etc.				
Zucker				
Honig, Marmelade				
Obst				
Gemüse gekocht				
Salat/Rohkost				
Milch / Buttermilch / Kefir				
Käse				
Joghurt / Quark / Frischkäse				
Fisch				
Geflügel				
Schweinefleisch				
Rindfleisch / Lamm / Wild				
Bratfett				
Butter				
Margarine				
Öl				
Sojaprodukte				
Algen / Sprossen				
Nüsse				
Kaffee				
Tee				
Fruchtsaft				
Softdrinks				
Bier				
Wein				
Spirituosen				
Sekt				
Fertiggerichte				
Frittiertes				
Gebratenes				

IX. Körperliche Aktivität und Sport

150. Wieviele Stunden am Tag verbringen Sie durchschnittlich

- liegend (inklusive Schlaf) _____ Stunden
- sitzend _____ Stunden
- stehend (auf der Stelle, kleine Bewegungen) _____ Stunden
- in Bewegung _____ Stunden

151. Wenn Sie innerorts unterwegs sind	ja	nein
- nehmen Sie meist schnell den PKW	□	□
- nehmen Sie öffentliche Verkehrsmittel	□	□
- nehmen Sie das Fahrrad oder gehen zu Fuß	□	□

152. Bewegung und Sport	ja	nein
- gehört für Sie einfach zum Leben	□	□
- ist gesund und muss daher notwendigerweise eingebaut werden	□	□
- vermeiden Sie möglichst / macht Ihnen keine Freude	□	□

153. Treiben Sie Sport ?	□	□

154. Falls ja, welche Sportarten wie oft

155. Haben Sie früher Sportarten

intensiver betrieben (Verein, Leistungssport)? Ja □ nein □

Wenn ja, welche? Bis wann? Wie oft?

Noch zwei letzte Fragen an Sie:

Sind Sie damit einverstanden, dass unsere Praxis Sie telefonisch oder schriftlich an Termine (z.B. Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen) erinnert – Recallsystem? Ja □ Nein □

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung □ Internet □ Telefonbuch □ Praxisschild □

Vortragstätigkeit □ sonstiges □ _____

Danke, dass Sie sich die Zeit genommen haben!
Ihre Antworten helfen uns, Sie optimal zu betreuen und zu behandeln.

Ihre Praxis Dr. med. D. Ballidis