

# Wartezimmer - Fragebogen

DR. MED. RAINER GEBHARDT

Arzt für Lungen- und Bronchialheilkunde  
- Allergologie -

Röntgen · Bodyplethysmographie · Allergielabor

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Name, Vorname	Geb.-Datum
Postleitzahl, Wohnort, Straße / Nr.	

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Vor jeder ersten Untersuchung muß der Arzt nach früheren Krankheiten und gegenwärtigen Beschwerden fragen.

Bitte nutzen Sie die Wartezeit zur Beantwortung der nachstehenden Fragen.

Die **gewissenhafte und sorgfältige** Ausfüllung dieses Fragebogens wird unser anschließendes Gespräch erleichtern.

Soweit Kästchen vorhanden sind, beantworten Sie die Fragen bitte durch Ankreuzen.

Wenn Sie sich bei einer Frage auch nach reiflicher Überlegung **nicht zwischen ja und nein entscheiden können, machen Sie**

**ein Kreuz daneben**

ja

nein



d. h. ich weiß nicht.

## A. Familienvorgeschichte

**Gab es in Ihrer Familie eine der folgenden Krankheiten:**

(als Familienangehörige gelten hier Großeltern, Eltern, Geschwister und Kinder)

- |                                      | ja                       | nein                     |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Hoher Blutdruck oder Schlaganfall | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Herzinfarkt                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Diabetes (Zuckerkrankheit)        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Gicht                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Allergien                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Asthma                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Lungentuberkulose                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- |  | ja                       | nein                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 10. Herzinfarkt  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Sonstige Herzerkrankungen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Diabetes (Zuckerkrankheit)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Gelbsucht oder Lebererkrankungen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Gallensteine   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Nierensteine   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Nieren- oder Nierenbeckenentzündung, Blasenentzündung                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Häufige Kreuzschmerzen oder Ischias  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Gelenkerkrankungen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Rheumatisches Fieber   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Gicht  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Krampfadern  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Thrombose, Venenentzündung oder Embolie                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Hauterkrankungen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Geschlechtskrankheiten   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. <b>Bei Männern:</b> Vergrößerung der Vorsteherdrüse (Prostatahypertrophie) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. <b>Bei Frauen:</b> Gebärmutter- oder Eileiterentzündung                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Erhöhter Augeninnendruck (grüner Star / Glaucom)                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Grauer Star  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Nervenerkrankungen / Krampfanfälle   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. Schilddrüsenerkrankungen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## B. Eigene Vorerkrankungen

**Hatten Sie selbst schon eine der folgenden Krankheiten:**

- |  | ja                       | nein                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Stirnhöhlen- oder Kieferhöhlenentzündung  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Mandelentzündungen                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Heuschnupfen wenn ja in welchen Monaten   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Asthma                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Lungen- oder Rippenfellentzündung         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Lungentuberkulose                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Niedriger Blutdruck                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Hoher Blutdruck                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Angina pectoris (Engegefühl in der Brust) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

bitte wenden!