

Dr. Med. Michael Fierz
Allgemeine Innere Medizin FMH
Manuelle Medizin SAMM
Sportmedizin SGSM
Ultraschalldiagnostik SGUM

Voa Sporz 44
7078 Lenzerheide
EAN-Nr. 7601000448903

Tel. 081 384 27 77
Fax 081 384 01 60
michael.fierz@hin.ch
www.arzt-lenzerheide.ch

DR. MED. 
FIERZ LENZERHEIDE

FACHARZT FÜR ALLGEMEINMEDIZIN
NOTFALLPRAXIS

Medizinischer Fragebogen

Geschätzte Patienten

Da wir in der Praxis Dr. Fierz mit elektronischer Krankengeschichte arbeiten danken wir Ihnen, wenn Sie uns zur Kontrolle der bestehenden Daten, zur Aufnahme von neuen Begebenheiten oder für eine Check-up-Untersuchung die nachfolgenden Fragen beantworten. Wenn Ihnen eine Frage zu persönlich erscheint, lassen Sie das Feld frei.

Besten Dank.

IHR NAME: _____

GEBURTSDATUM: _____

IHR BERUF/IHRE TÄTIGKEIT: _____

IHR ARBEITSORT: _____

IHRE GRÖSSE: _____ CM

IHR GEWICHT _____ KG

1. Was erwarten Sie vom heutigen Arztbesuch oder Check-up?

Welcher Untersuchungsschwerpunkt ist Ihnen am Wichtigsten?

Kopf

Herz

Gefässe

Darm

Lunge

anderes

2. Welches ist zurzeit Ihre Hauptbeschwerde?

3. Persönliche Anamnese.

Weitere Krankheiten oder Beschwerden:

NEIN	JA		Was	Wann
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herz/Kreislauf		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lunge		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magen/Darm		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leber (Gelbsucht)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nieren/Blase		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haut		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Augen		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zähne		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hals/Rachen		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ohren		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stirn-/Kieferhöhlen		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nervensystem		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsie		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zuckerkrankheit		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heuschnupfen		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergie		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medikamentenunverträglichkeit		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma bronchiale		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anderes		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wurden sie gemäss den aktuellen Richtlinien geimpft?		
Welche Impfungen wurden bereits durchgeführt? (vor allem in den letzten 10 Jahren) Bitte Impfausweis mitbringen!				Jahr

Welche Operationen wurden durchgeführt?

Was	Wo	Wann

Frühere Verletzungen und / oder Unfälle?

Was	Wann

Welche Beschwerden sind noch aktuell?

Gibt es Unterlagen, Berichte von anderen Ärzten, Spitäler, die wir noch nicht haben?

Nein Ja

Wenn ja: dürfen wir diese Unterlagen mit Ihrem Einverständnis bestellen?

Ja Nein

Bei wem? _____

Nehmen Sie regelmässig Medikamente?

NEIN JA, welche?

Name Medikament	Dosierung

Weitere Medikamente auf der Rückseite →

Treiben Sie Sport?

<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA Welche Sportarten?	Wie häufig?

Arbeitsunfähigkeit in den letzten Jahren?

NEIN JA Wie oft? _____ Anzahl Tage _____
Grund? _____

Rauchen Sie?

NEIN JA Wie viel? _____/Tag

Trinken Sie Alkohol?

NEIN JA Wie viel? _____
Wie häufig? _____

Nehmen Sie Drogen?

NEIN JA Welche? _____

4. Medizinische Abklärungen, aktuelle Symptomatik

	NEIN	JA
Können Sie problemlos zwei Etagen Treppen steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Luftnot bei Belastung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verspüren Sie unter Belastung ein Druckgefühl		
Über der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Hals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im linken Arm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwischen den Schulterblättern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie		
An chronischem Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An chronischer Verstopfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An chronischer Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An einem Leistungsknick	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unter Nachtschweiss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unter Gewichtsverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An Infektanfälligkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	NEIN	JA
Hatten Sie jemals eine Darm- oder Magenspiegelung <i>Ab 50 Jahren ist alle 10 Jahre eine Darmspiegelung sehr sinnvoll</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wurden jemals zu hohe Blutfettwerte (Cholesterin) gemessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden jemals zu hohe Blutzuckerwerte festgesetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehen Störungen der Hirnleistung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehen Störungen der Sexualfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist bei Ihnen wegen Risikokontakt eine HIV-Infektion möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehen Störungen des seelischen Befindens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beziehen Sie eine IV-Rente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frauen:		
Wann war die letzte gynäkologische Kontrolle? _____		
Bei wem? _____		
<i>Dr. Fierz führt auf Wunsch auch einen gynäkologischen Check durch.</i>		
Ich wünsche eine gynäkologische Kontrolle bei Dr. Fierz: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		
Erste Periode mit ____ Jahren		
Wie verläuft Ihre Periode?		
Regelmässig <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> keine Periode <input type="checkbox"/>		
Falls starke Blutung, wie viele Binden brauchen Sie pro Tag? _____		
Wie verhüten Sie? _____		
Sind Sie zurzeit schwanger? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		
Wie viele Male waren Sie schwanger? _____		

5. Familienanamnese

Name des Vaters	Geburtsjahr
Krankheiten des Vaters	

Name der Mutter	Geburtsjahr
Krankheiten der Mutter	

Wie viele Geschwister haben Sie? _____

Namen	Geburtsjahr
Krankheiten der Geschwister	

