

Medizinischer Fragebogen

- Bitte ausgefüllt zum Termin mitbringen.
- Bitte Impfausweis zum Blutentnahmetermin mitnehmen.

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"/>	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)	Jahr
Bitte Impfausweis mitbringen!	

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 am Ende des Fragebogens

Treiben Sie Sport?

NEIN 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 festgesellt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde jemals eine Knochendichtemessung (DEXA) durchgeführt?	<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?

Dr. Fierz führt auf Wunsch auch einen gynäkologischen Check durch.

Ich wünsche eine gynäkologische Kontrolle bei Dr. Fierz: Ja Nein

Erste Periode mit Jahren Letzte Periode mit Jahren
(Menopause)

Wie verläuft Ihre Periode?
regelmässig unregelmässig keine Periode

Falls starke Blutung, wie viele Binden brauchen Sie pro Tag?

Wie verhüten Sie?

Sind Sie zurzeit schwanger? Nein Ja

Wie viele Male waren Sie schwanger?

5. Soziales

	NEIN	JA
Ich lebe alleine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich lebe in einer Partnerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wichtigste Ansprechpersonen ein einer lebensbedrohlichen Lebenssituation:		
• <input type="text"/>		
• <input type="text"/>		
Haben Sie eine Patientenverfügung ausgefüllt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möchten Sie eine Patientenverfügung zusammen mit dem Arzt erstellen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Familienanamnese

Name des Vaters	<input type="text"/>	Geburtsjahr	<input type="text"/>
Krankheiten des Vaters			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			

Name der Mutter	<input type="text"/>	Geburtsjahr	<input type="text"/>
Krankheiten der Mutter			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			

Wie viele Geschwister haben Sie?

Namen der Geschwister	Geburtsjahr

Krankheiten der Geschwister

Wie viele Kinder haben Sie?

Namen	Geburtsjahr

Krankheiten der Kinder

Erkrankungen in der erweiterten Familie (Grosseltern, Onkel, Tante, Cousin)

	NEIN	JA	Wer?	Was?
Herz-Kreislauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anderes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Todesursachen und Sterbealter von Angehörigen (Eltern, Grosseltern, Geschwister, Kinder)

Name oder Verwandtschaft	Sterbealter	Todesursache

Fragebogen ausgefüllt am, (Datum)

Ihre Angaben werden vertraulich behandelt.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

