



Patientenfragebogen Praxis Dr. Lendholt

Bitte vermitteln Sie uns ein möglichst umfassendes Bild Ihres Gesundheitszustandes. Ich will wirklich alles wissen und ich will es so genau wie möglich wissen. Der Bogen versteht sich als Gedankenstütze. Bitte machen Sie eigene Ergänzungen, wenn sie das Krankheitsbild genauer kennen, Jahreszahlen oder z.B. die Körperseite benennen können.

Schreiben Sie auf jede Seite diese Bogens Ihren Vor- und Nachnamen sowie das Geburtsdatum!

Stammdaten

- Name, Vorname:
 - Geburtsdatum:
 - Handy: Festnetz:
 - E-Mail:
-
- Beruf (bei Rentnern frühere Tätigkeit, bitte nicht einfach nur „selbständig“)
-
- Abholberechtigte Personen (Rezepte, Überweisungen, Befunde, AU...):
 - Vorsorgebevollmächtigte:
 - Betreuer (bitte mit Kontaktdaten):
-
- Pflegegrad:
 - Grad der Behinderung: Merkzeichen aG, B, H
 - Größe: Gewicht:

Ich leide /litt unter folgenden Erkrankungen → Zutreffendes unterstreichen, Ergänzungen nicht vergessen

Herz-Kreislaufkrankungen:

Bluthochdruck, Verkalkungen der Herzkrankgefäße oder der Beinarterien, Herzinfarkt, Stents, Bypässe, Stenosen der Halsgefäße, Erweiterungen der Bauchschlagader, Vorhofflimmern oder sonstige Rhythmusstörungen, Herzinsuffizienz (Herzschwäche), Herzklappenfehler, Herzschrittmacher, implantierbarer Defibrillator, Schlaganfall, Beinvenenthrombose, Lungenembolie, Sonstige:

Ergänzungen:

Atemwegserkrankungen:

Asthma, chronisch obstruktive Bronchitis (COPD), Lungenhochdruck, Lungenfibrose, Lungenemphysem, Schlafapnoe (CPAP-Gerät vorhanden ja/nein), allergische Rhinitis, Tuberkulose, Sonstige:

Ergänzungen:

Stoffwechselerkrankungen:

Diabetes Typ 2, Diabetes Typ 1, erhöhtes Cholesterin, erhöhte Harnsäure, Gichtanfälle in der Vergangenheit, Osteoporose

Ergänzungen:

Schilddrüsenerkrankungen:

Schilddrüsenunterfunktion, Hashimoto-Thyreoiditis, Schilddrüsenüberfunktion, Morbus Basedow, Schilddrüsenknoten, Radiojodtherapie erfolgt, Sonstige:

Ergänzungen:

Nieren- und Harnwegserkrankungen:

Niereninsuffizienz, Nieren- oder Harnleitersteine, Nierenkolik, Nierenzysten, Einnierigkeit, Dialysepflichtigkeit, Prostatavergrößerung, Gebärmuttermyome, Blasen-/Gebärmuttersenkung, Endometriose, Eierstockzysten, Zyklusstörungen, Chlamydien, Lues/Syphilis, Gonorrhoe, Inkontinenz, Sonstige:

Ergänzungen:

Magen-Darm-Erkrankungen:

Darmpolypen, Reizmagen/-darm, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Sprue/ Zöliakie, Lactose-/Fructoseintoleranz, Gallensteine, Gallenblasenpolypen, Bauchspeicheldrüsenentzündung, verminderte Enzymproduktion der Bauchspeicheldrüse, Magen/Zwölffingerdarmgeschwür, Refluxösophagitis, Magenschleimhautentzündung, Fettleber, Leberzirrhose, gutartige Lebertumore, Wasser im Bauch (Aszites), Sonstige:

Ergänzungen:

Vorname, Name, Geburtsdatum:

Krebserkrankung:

Von: Darm, Magen, Lunge, Prostata, Brust (re./li./bds.), Lymphdrüsen/ Blut, Gebärmutter, Gebärmutterhals, Eierstock, Hoden, Haut, Schilddrüse, Bauchspeicheldrüse, Gehirn, Knochen, Weichteilen, Kehlkopf, Sonstiges:

Metastasen....., Bestrahlung (aktuell/früher), Chemotherapie (aktuell/früher), Krebsvorstufen

Ergänzungen:

Hautkrankheiten:

Neurodermitis, Schuppenflechte, Rosazea, Basaliom, Melanom, Spindelzellkarzinom, Sonstige:

Ergänzungen:

Augenerkrankungen:

Grauer Star (Katarakt), Grüner Star (Glaukom), Fehlsichtigkeit, Makuladegeneration, diabetische Augenhintergrundsveränderungen, Blindheit, Sonstige:

Ergänzungen:

Ohrenerkrankungen:

Schwerhörigkeit, Hörgeräteversorgung, Lagerungsschwindel, Morbus Meniere, chronische Mittelohrentzündung, Ohr-Operationen, Sonstige:

Ergänzungen:

Krankheiten des Bewegungsapparates:

Arthrose (Hüfte, Knie, Schulter, Fingergelenke, sonstige), Bandscheibenvorfälle, Abnutzungserscheinungen der Wirbelsäule, Fuß -oder Zehenfehlstellungen, Morbus Scheuermann, Wirbelkörperbrüche, Sonstige:

Ergänzungen:

Autoimmunkrankheiten:

Rheumatoide Arthritis, Systemischer Lupus erythematodes, Polymyalgia rheumatica, Sarkoidose, Sjögren-Syndrom, Sklerodermie, Myasthenia gravis, Sonstige:

Ergänzungen:

Chronische Infektionskrankheiten:

Hepatitis B, Hepatitis C, HIV

Ergänzungen:

Depression, Bipolare Störung, Schizophrenie, Demenz, Persönlichkeitsstörung, Angst-/Panikstörung, Parkinsonsyndrom, Multiple Sklerose, Restless-Legs, Epilepsie, Polyneuropathie (z.B. durch Diabetes oder Chemotherapie), ALS, Lähmungen, Hirnschäden (frühkindl., unfallbedingt, durch Alkohol, sonstige), Migräne, Cluster-Kopfschmerz, gutartige Hirntumore, Suchterkrankung (Medikamente, Alkohol, Drogen, sonstige), Sonstige:

Ergänzungen:

Chronische Schmerzzustände (seit mind. 6 Monaten dauerhaft oder wiederkehrend)

Wirbelsäule, Post-Zoster-Neuralgie, polyneuropathisch (z.B. durch Diabetes oder Chemotherapie), Phantomschmerzen, chron. Kopfschmerzen, Sonstige:

Ergänzungen:

Genetische Erkrankungen

Sonstige Erkrankungen:

Operationen → Zutreffendes unterstreichen, Ergänzungen nicht vergessen

Gallenblase, Blinddarm, Mandeln, Polypen, Schilddrüse (vollständig, teilweise), Darm- oder Magenanteilen, Gebärmutter, Myomen, Eierstock, Brust (Seite.....vollständig/brusterhaltend), Prostata (gutartig/ bösartig)

Nasennebenhöhlen-OP, Leistenbruch, Nabelbruch, Krampfadern, Grauer Star, Gefäß-OP, Hüftprothese, Knieprothese, sonstige Gelenkprothese, operierte Knochenbrüche, Bandscheiben-OP, Korrektur von Fußfehlstellungen, Arthroskopie, Amputation

von.....

Krebsoperationen:

Ergänzungen:

Vorname, Name, Geburtsdatum:



Eingenommene Medikamente

Dauermedikation	Bitte genaue Dosierung und Anzahl der Einnahmen pro Tag angeben oder besser Medikamentenplan beifügen; bei Schilddrüsenpräparaten Hersteller angeben
Bedarfsmedikation	

3

Suchtmittelanamnese

Raucherstatus	Nichtraucher, Exraucher seit....., aktiver Raucher → pro TagZigaretten, Anzahl der Packungsjahre (d.h. Anzahl der Lebensjahre in welchen geraucht wurde x Anzahl der Schachteln pro Tag) =.....
Alkoholkonsum	Alkoholmenge als Anzahl Gläser/Flaschen von z.B. Wein, Bier, Schnaps o.ä. pro Woche trockener Alkoholiker, in Eigenwahrnehmung ungesunder Konsum, Alkoholabhängigkeit, Entzugsbehandlung in der Vergangenheit
Sonstige Drogen	Aktueller Konsum von: Früherer Konsum von:

Allergien: bitte auch die Art der Reaktion angeben z.B. Ausschlag, Niesen, Schock....

-
-
-
-
-

Notfallset vorhanden?

Familienanamnese

	Betroffene(s) Familienmitglied(er)
Krebserkrankungen (Welche genau?)	
Herzinfarkte	
Schlaganfälle	
Stents/ Bypässe	
Diabetes	
Hohe Blutfette	
Plötzl. Herztod	
Psych. Erkrankung	

Besond. Belastungen → Zutreffendes unterstreichen, Ergänzungen nicht vergessen

Pflege von Angehörigen, Schichtarbeit, Suchterkrankung, Alleinerziehend, psychisch belastende chron. Erkrankung, belastende biographische Ereignisse, Sonstige:

Ergänzungen:

Regelmäßige sportliche Betätigung? Wenn ja, was.

Wirklich an alles gedacht? Immer die betroffene Seite angeben, alles ergänzt was Sie wissen?
Dann herzlichen Dank, ansonsten ist hier ja noch ein bisschen Platz.