
Fragen zur Krankheitsvorgeschichte

I. Allgemeine Fragen zur Krankheitsvorgeschichte

(Geben Sie bitte eine **kurze** Schilderung Ihrer jetzigen Beschwerden an)

II. Krankheitsbeschwerden / Symptome

In der folgenden Liste sind mögliche Beschwerden nach Organen zusammengefasst.

Geben Sie bitte jeweils den Zeitraum des Auftretens dieser Beschwerden und den Schweregrad nach Schulnoten 1 (gewichtet) bis 6 (besonders stark) an.

HAUT:

Beschwerdebild:	Vorkommen: Ja / Nein	Schweregrad	Zeitraum des Auftretens
Schwellungen			
Rötungen			
Ausschläge / Geschwüre			
Hautverfärbung			
Blaue Lippen			
Juckreiz			
Nagel-/ Zahnfleischveränderungen			

SINNESORGANE:

Beschwerdebild:	Vorkommen: Ja / Nein	Schweregrad	Zeitraum des Auftretens
Sehschwäche			
Doppelbilder			
Trockene / tränende Augen			
Gelbfärbung der Augenbindehaut			
Ohrgeräusche			
Geschmacksempfindungsstörung			
Reduziertes Riechvermögen			

NERVENSYSTEM:

Beschwerdebild:	Vorkommen: Ja / Nein	Schweregrad	Zeitraum des Auftretens
Vermehrte Müdigkeit			
Schlafstörungen			
Konzentrationsstörungen			
Ohnmacht			
Leistungsverlust			
Krämpfe			
Gleichgewichtsstörungen			
Schweißausbrüche			
Verändertes Temperaturempfinden			

PSYCHE:

Beschwerdebild:	Vorkommen: Ja / Nein	Schweregrad	Zeitraum des Auftretens
Stimmungslabilität			
Aggressivität			
Depression			
Angst			
Desinteresse			

ATEMSYSTEM:

Beschwerdebild:	Vorkommen: Ja / Nein	Schweregrad	Zeitraum des Auftretens
Häufiger Schnupfen			
Trockene Nase			
Nasenbluten			
Heiserkeit			
Reizhusten			
Husten mit Auswurf			
Asthmaanfälle			
Atemnot in Ruhe oder Anstrengung			

BLUTSYSTEM:

Beschwerdebild:	Vorkommen: Ja / Nein	Schweregrad	Zeitraum des Auftretens
Vermehrte Blutungsneigung			
Blaue Flecken			
Konzentrationsstörungen			

VERDAUUNGSTRAKT:

Beschwerdebild:	Vorkommen: Ja / Nein	Schweregrad	Zeitraum des Auftretens
Trockener Mund / Speichelfluss			
Sodbrennen			
Schluckbeschwerden			
Übelkeit / Erbrechen			
Durchfall / Verstopfung			
Bauchkrämpfe			

HARN- UND GESCHLECHTSORGANE:

Beschwerdebild:	Vorkommen: Ja / Nein	Schweregrad	Zeitraum des Auftretens
Vermehrter Urinfluss			
Brennen beim Wasserlassen			
Urinveränderungen in Farbe und Geruch			
Scheidenausfluss			
Schmerzen beim Samenerguss			
Potenz- bzw. Libidoverlust			

MUSKELN UND GELENKE:

Beschwerdebild:	Vorkommen: Ja / Nein	Schweregrad	Zeitraum des Auftretens
Muskelschwäche			
Muskelzucken			
Muskelkrämpfe			
Gelenkschmerzen und Gelenkschwellungen			
Knochenbrüche			
Rückenschmerzen			

STOFFWECHSEL:

Beschwerdebild:	Vorkommen: Ja / Nein	Schweregrad	Zeitraum des Auftretens
Gewichtszunahme / -abnahme			
Heißhunger			
Durstgefühl			
Kälte- /Hitzeunverträglichkeit			
Alkoholunverträglichkeit			

III. Fragen zu Lebensgewohnheiten

Wie regelmäßig ist Ihr Tagesablauf?	
Treiben Sie regelmäßig Sport?	
Rauchen Sie?	
Nehmen Sie Drogen?	

IV. Fragen zu Ernährungsgewohnheiten

Frühstück?	
Mittags?	
Abends?	
Zwischenmahlzeiten?	
Bestehen Nahrungsmittelunverträglichkeiten?	
Trinken Sie Alkohol?	
Wie viel Kaffee / Tee trinken Sie täglich?	
Benutzen Sie ausschließlich Leitungswasser zum Kochen?	

V. Fragen zur Familie

Leben Sie alleine?	
Wenn Sie nicht alleine wohnen, haben die anderen Mitglieder Ihrer Wohngemeinschaft ähnliche Beschwerdebilder?	
Kennen Sie andere Personen mit ähnlichen Beschwerden?	

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten aufgetreten?

Beschwerdebild:	Verwandtschaftsgrad:	Zeitpunkt:
Asthma / Bronchitis		
Allergien / Neurodermitis		
Stoffwechselerkrankungen		
Nervenerkrankungen		
Krebserkrankungen		
Herz-Kreislauf-Erkrankungen		

Sind Sie schwanger?	
Wie viele Geburten hatten Sie?	
Besteht weiterer Kinderwunsch?	

VI. Fragen zur Vorerkrankung

Welche der folgenden Erkrankungen sind bei Ihnen ärztlich festgestellt worden?

Erkrankung:	Diagnose:	Zeitraum:
Augen		
Hals, Nase, Ohren		
Zahnerkrankungen		
Lungenerkrankungen		
Herzkrankungen		
Stoffwechselerkrankungen		
Nieren- /Blasenerkrankungen		
Magen- /Lebererkrankungen		
Gefäßkrankungen		
Gelenks- /Muskelkrankungen		
Hautkrankungen		
Geschlechterkrankungen		
Frauenkrankheiten		
Allergien		
Andere Erkrankungen		
Unfälle		
Operationen		

Zahnstatus:

Wann waren Sie das letzte Mal beim Zahnarzt?	
Gehen Sie regelmäßig zum Zahnarzt?	
Wie viel Amalgamfüllungen haben Sie?	
Seit wann haben Sie Amalgamfüllungen?	
Welche anderen Zahnfüllungen haben Sie?	
Haben Sie Zahnprobleme (Vereiterungen, etc.)?	

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Medikamenteneinnahme:	Dosierung:	Einnahme seit:

VII. Fragen zum Arbeitsbereich

Welche Tätigkeiten haben Sie bis jetzt ausgeübt?

	seit:	
	seit:	
	seit:	
	seit:	
	seit:	

Beschreiben Sie bitte Ihre jetzige Tätigkeit:

Welche Arbeitsbedingungen treffen / trafen zu?

(den Grad der Belästigung geben Sie bitte mit 1 (geringe) bis 6 (schwere Belästigung) an

Belästigung:	Vorkommen: Ja / Nein	Schweregrad:	Zeitraum des Auftretens:
Lärm			
Kälte			
Geruchsbelästigung durch Gase			
Staub			
Vibration			
Bildschirmarbeit			
Infektionsgefahr			
Schichtarbeit			

Mit welchen Schadstoffen hatten Sie jetzt Kontakt oder arbeiten noch damit?

(den Grad der Kontakthäufigkeit geben Sie bitte mit 1 (selten) bis 6 (besonders häufige Kontakte) an

Schadstoffe:	Vorkommen: Ja / Nein	Schweregrad:	Zeitraum des Auftretens:
Lösungsmittel			
Schwermetalle			
Pestizide			
Kunststoffe			
Radioaktive Strahlen			
Asbest, Glasfaser			
Andere			

Tragen Sie am Arbeitsplatz eine Schutzkleidung? _____

Unterliegt der Arbeitsplatz besonderen Sicherheitsvorschriften? _____

Werden Sie regelmäßig betriebsärztlich untersucht? _____

Arbeiten Sie im Innenraum? _____

Welche Geräte befinden sich an Ihrem Arbeitsplatz (Laserdrucker, Kopierer, Computer, Handy, etc.)?

Wie erreichen Sie Ihren Arbeitsplatz und in welcher Zeit? _____

VIII. Fragen zum Wohnungsbereich

Welchen Wohntyp bewohnen Sie (z. B. Einfamilienhaus, Hochhaus, etc.)?

Wie groß ist Ihre Wohnung (m²)? _____

Wie alt ist das Gebäude? _____

Wann sind Sie dort eingezogen? _____

Wann wurde es zum letzten Mal renoviert? _____

In welcher Umgebung befinden sich Ihr Wohnumfeld (z. B. ländliche Umgebung, Nähe zu Autobahn, Gewerbegebiet, Industrieanlagen, Kraftwerk, Starkstrommasten, etc.)?

Bitte beschreiben Sie die Ausstattung Ihrer Wohnräume

Wohnzimmer:	
Schlafzimmer:	
Esszimmer?	
Kinderzimmer?	
Flur?	
Bad?	
Küche?	

Aus welchem Material sind Ihre Möbel?	
Welche Heizungsform haben Sie?	
Welchen Küchenherd haben Sie?	
Welches Lüftungssystem haben Sie?	
Haben Sie eine offene Feuerstelle in der Wohnung?	
Welchen Staubsauger benutzen Sie (Kaufdatum)?	
Wie viele Stunden halten Sie sich in Ihrer Wohnung durchschnittlich auf?	