
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: | |

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? | |