



---

## **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:

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

SINNESORGANE:

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

NERVENSYSTEM:

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

PSYCHE:

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

ATEMSYSTEM:

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

BLUTSYSTEM:

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

VERDAUUNGSTRAKT:

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

**HARN- UND GESCHLECHTSORGANE:**

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

**MUSKELN UND GELENKE:**

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

**STOFFWECHSEL:**

<b>Beschwerdebild:</b>	<b>Vorkommen: Ja / Nein</b>	<b>Schweregrad</b>	<b>Zeitraum des Auftretens</b>
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?

<b>Beschwerdebild:</b>	<b>Verwandtschaftsgrad:</b>	<b>Zeitpunkt:</b>
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 Wohnbereich**

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

Wie groß ist Ihre Wohnung (m<sup>2</sup>)? \_\_\_\_\_

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?	