

**Praxis Dr. med. Matthias Wessinghage**  
**Facharzt für Innere Medizin, Hypertensiologie (DHL)**

**Fragebogen zur Krankengeschichte**

Um ein vollständiges Bild Ihres Krankheitsbildes zu bekommen, ist es sehr hilfreich, die Vorgeschichte zu kennen. Deswegen möchte ich Sie bitten, die folgenden Fragen - soweit möglich - zu beantworten und den Fragebogen zur Sprechstunde mitzubringen. Kurze Angaben sind ausreichend.

Name:	Telefon:	Geburtsdatum:
-------	----------	---------------

**Aktuelle Beschwerden:**

--

Größe:	Gewicht:	
--------	----------	--

**Leiden oder litten Sie an eine der folgenden Erkrankungen?**

Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	Krampfadern	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Blutfettwerte	<input type="checkbox"/>	Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>
Belastungsluftnot	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>
Druckbeschwerden auf der Brust	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>	Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)	<input type="checkbox"/>
Herzkrankungen	<input type="checkbox"/>	Erhöhter Augendruck (Glaukom)	<input type="checkbox"/>

Sonstige Erkrankungen:

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?      Wenn ja, listen Sie bitte Ihre Medikamente auf:**

Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	1.
		2.
		3.
		4.
		5.

**Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten?      Wenn ja, listen Sie diese bitte auf:**

Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	1.
		2.
		3.

**Leiden Sie an Allergien?      Wenn ja, listen Sie diese bitte auf:**

Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	1.
		2.
		3.

**Welche Operationen wurden bereits durchgeführt?**

Gallenblase	<input type="checkbox"/>	Herz	<input type="checkbox"/>
Blinddarm	<input type="checkbox"/>	Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>
Leistenbruch	<input type="checkbox"/>	Nieren	<input type="checkbox"/>
Darm	<input type="checkbox"/>	Schilddrüse	<input type="checkbox"/>
Hauttumore	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

**Wann war die letzte Krebsvorsorgeuntersuchung?**

Vorsorgedarmspiegelung (Männer u. Frauen ab 55 Jahre)	
Frauenärztliche Vorsorge (ab 20 Jahre)	
Prostatavorsorge (Männer ab 45 Jahre)	