



Patienten-Fragebogen *
Service de Médecine préventive

Name :	_____		
Mädchenname :	_____		
Vorname :	_____		
Adresse :	_____		
Postleitzahl :	_____	Wohnort :	_____
Geburtsdatum :	_____	Geschlecht :	_____
Nationalität :	_____		
E-mail Adresse :	_____		
Name und Adresse des behandelnden Arztes :	_____		

Dieser Fragebogen dient als wichtige Informationsquelle über Ihren Gesundheitszustand für den Arzt. Außerdem benötigen wir Ihren Impfpass, Arztberichte, sowie Resultate von wichtigen medizinischen Untersuchungen falls solche vorliegen.

Füllen Sie bitte diesen Fragebogen vollständig aus und schicken ihn vor Ihrem Anruf zur Terminvergabe an med.prev@hopitauxschuman.lu oder per fax à 28 88 59 74.

Alle Informationen unterliegen der medizinischen Schweigepflicht.

*) in Druckbuchstaben ausfüllen

1.	FAMILIENGESCHICHTE	Ja	Nein
1.1	Litten, Ihre Eltern, Geschwister an einer der folgenden Krankheiten? 1.1.a - Herzinfarkt 1.1.b - Hirnschlag 1.1.c - Bluthochdruck 1.1.d - Diabetes 1.1.e - Andere Welche :		
1.2	Ist Ihnen ein unerwarteter Todesfall (in wenigen Stunden) eines Verwandten (Eltern, Geschwister) vor dem Alter von 55 Jahren, außer infolge eines Unfalls, bekannt?		
1.3	Sind Ihnen Fälle von Krebs in Ihrer Familie bekannt? Wenn ja, präzisieren Sie bitte das Organ von dem der Krebs ausgegangen ist und das Verwandtschaftsverhältnis der betroffenen Person (z.B. Brustkrebs bei der Großmutter mütterlicherseits, ...) _____		

2.	ALLGEMEINES	Ja	Nein
2.1	Fühlen Sie sich im Allgemeinen gut?		
2.2	Haben Sie einen guten Appetit?		
2.3	Schlafen Sie gut?		
2.4	Fühlen Sie sich bereits morgens beim Aufwachen müde?		
2.5	Was ist Ihr gewöhnliches Gewicht? _____ kg Größe : _____ cm		
2.6	Haben Sie in den letzten 3 Monaten abgenommen?		
2.7	Wieviel kg ? _____		
2.8	Haben Sie folgende Beschwerden : 2.8 - eine unerklärliche Müdigkeit ? 2.9 - eine Neigung zu Blutungen? 2.10 - eine nicht schmerzhaft Schwellung ? 2.11 - Hautverletzungen, die nicht heilen ?		
2.12	Nehmen Sie Medikamente, die Sie selbst kaufen? (Schlafmittel, Beruhigungsmittel, schmerzstillende Mittel) Welche ?		

3.	PERSÖNLICHE VORGESCHICHTE	Ja	Nein
3.1	<p>Waren Sie schon einmal schwer krank?</p> <p>3.1.a - Diagnose? _____ Alter _____</p> <p>3.1.b - Diagnose? _____ Alter _____</p> <p>3.1.c - Diagnose? _____ Alter _____</p>		
3.2	<p>Wurden Sie schon einmal operiert?</p> <p>3.2.a - Welches Organ ? _____ Alter _____</p> <p>3.2.b - Welches Organ ? _____ Alter _____</p> <p>3.2.c - Welches Organ ? _____ Alter _____</p>		
3.3	<p>Bekamen Sie die Antibabypille, Östrogene verschrieben?</p> <p>In welchem Alter ? _____</p> <p>Welches Produkt ? _____</p>		
3.4	<p>Haben Sie sich kürzlich medizinischen Untersuchungen unterzogen?</p> <p>Wann war die letzte Gynäkologische Untersuchung? Mammographie? _____</p> <p>Urologische Untersuchung bei Männern ? _____</p>		
3.5	<p>Hatten Sie einen schweren Unfall?</p> <p>Wenn ja, welcher ? _____</p> <p>An welchem Organ ? _____</p>		
3.6	<p>Haben Sie an einer Tropenkrankheit gelitten?</p> <p>Wenn ja, an welcher ? _____</p>		
3.7	<p>Haben Sie schon Bluttransfusionen bekommen?</p> <p>Wann ? _____</p>		

4.	ARBEIT	Ja	Nein
4.1	Arbeiten Sie im Allgemeinen stehend?		
4.2	Leisten Sie eine körperlich schwere Arbeit?		
4.3	Arbeiten Sie bei starkem Lärm?		
4.4	Arbeiten Sie in einem Team?		
4.5	Arbeiten Sie mit Giftstoffen?		
4.6	Arbeiten Sie mit radioaktiven Stoffen?		

5.	GEWOHNHEITEN	Ja	Nein
5.1	Trinken Sie alkoholische Getränke? Welche ? _____ Menge ? _____ Gläser/Woche		
5.2	Rauchen Sie? Seit welchem Alter ? _____ Wieviel am Tag ? _____		
5.3	Haben Sie mit dem Rauchen aufgehört? Seit wann ? _____		
5.4	Üben Sie einen Sport aus, der Sie zu intensiver körperlicher Anstrengung zwingt? Wie oft in der Woche ? _____ Wie viele Minuten pro Aktivität im Schnitt? _____		
5.5	Machen Sie regelmäßig Spaziergänge? Wie viele km ? _____ Wie oft in der Woche ? _____		
5.6	Sonnen Sie sich / besuchen Sie ein Solarium? Wie oft in der Woche ? _____		
5.7	Essen Sie 5 Portionen Obst oder Gemüse pro Tag? (eine Portion = eine Handvoll)? Wenn nicht, wie viele? _____		

6.	ÄRZTLICHE BEHANDLUNG	Ja	Nein
6.1 6.1.a 6.1.b 6.1.c 6.1.d 6.1.e 6.1.f 6.1.g 6.1.h 6.1.i	Nehmen Sie Medikamente, oder halten Sie eine Diät ein wegen : - dem Herz / den Gefäßen - Bluthochdruck - Cholesterin - Übergewicht - Harnsäure / Gicht - der Haut - Diabetes - einer Erkrankung des Verdauungstraktes - einer anderen Erkrankung		
6.2	Werden Sie wegen anderer Beschwerden behandelt oder ärztlich betreut? Wenn ja, bei wem und weshalb ? _____ _____ _____		

7.	FUNKTIONALE BESCHWERDEN	Ja	Nein
7.1 7.1.a 7.1.b 7.1.c 7.1.d 7.1.e 7.1.f	Hatten Sie kürzlich : - Unwohlsein / eine Synkope oder einen Bewusstseins Verlust ? - Zittern ? - Kopfschmerzen ? - Sensibilitätsstörungen? - Gleichgewichts- und Gehstörungen ? - Lähmungen ?		
7.2	Haben Sie Sehstörungen?		
7.3	Husten Sie? Wann ? _____		
7.4	Husten Sie Schleim aus? Wann ? _____		
7.5	Waren Sie länger als drei Wochen heiser?		
7.6	Haben Sie Hörstörungen?		
7.7	Haben Sie einen Ohr Ausfluss?		
7.8	Ist Ihre Nase verstopft?		

7.9	Haben Sie Nasenbluten?		
7.10	Sind Sie kurzatmig, wenn :		
7.10.a	- Sie sich beeilen?		
7.10.b	- Sie eine Steigung oder Treppen hinaufgehen?		
7.10.c	- Sie mit Altersgenossen normalen Schrittes auf der Straße gehen?		
7.11	Haben Sie einen Schmerz oder eine Beklemmung in der Brust?		
7.12	Hatten Sie jemals einen beklemmenden Schmerz in der Brust? Wenn ja, hatten Sie diesen Schmerz :		
7.12.a	- wenn Sie eine Steigung oder Treppen hinaufgehen?		
7.12.b	- wenn Sie sich beeilen?		
7.12.c	- wenn Sie gegen den Wind gehen oder Fahrrad fahren?		
7.12.d	- wenn Sie normal auf der Straße gehen?		
7.12.e	- wenn Sie von der Wärme in die Kälte gelangen?		
7.12.f	- bei Gemütsregungen ?		
7.12.g	- nach einer Mahlzeit ?		
7.13	Haben Sie beim Spaziergehen Schmerzen in Ihrer(n) Wade(n) ?		
7.14	Haben Sie abends geschwollene Füße oder Knöchel?		
7.15	Haben Sie Schwierigkeiten oder Schmerzen beim Schlucken?		
7.16	Haben Sie Appetitverlust?		
7.17	Haben Sie kürzlich eine Abneigung gegen Fleisch?		
7.18	Haben Sie häufig Magenschmerzen?		
7.19	Müssen Sie häufig erbrechen?		
7.20	Haben Sie Spuren von Blut im Erbrochenen festgestellt?		
7.21	Haben Sie Spuren von Blut im Stuhlgang festgestellt?		
7.22	Haben Sie eine Veränderung des Stuhlgangs festgestellt?		
7.22.a	- hinsichtlich der Regelmäßigkeit ?		
7.22.b	- hinsichtlich der Farbe ?		
7.22.c	- hinsichtlich der Konsistenz (Durchfall) ?		
7.23	Sind Sie chronisch verstopft?		
7.24	Haben Sie :		
7.24.a	- Schwierigkeiten beim Urinieren ?		
7.24.b	- eine Veränderung der Bedürfnishäufigkeit (Tag und Nacht) bemerkt?		
7.24.c	- Spuren von Blut im Urin bemerkt?		

8.	MÄNNLICHE GESCHLECHTSORGANE	Ja	Nein
-----------	------------------------------------	-----------	-------------

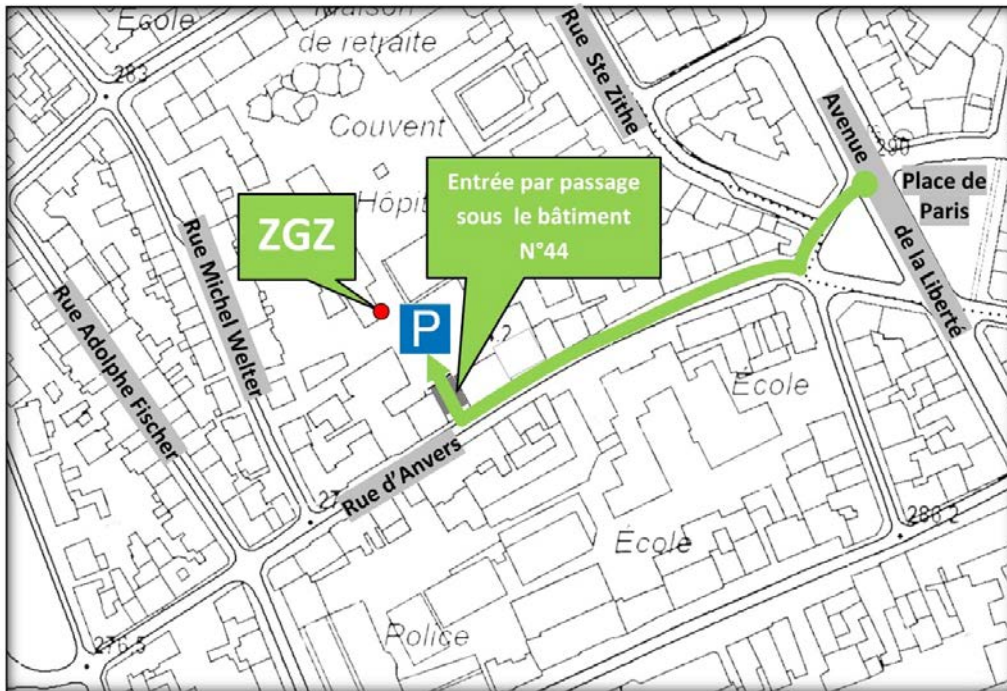
8.1	Sind beide Hoden vorhanden? Müssen Sie nachts aufstehen um zu urinieren? Wenn Ja, wie oft? _____		
-----	--	--	--

9.	WEIBLICHE GESCHLECHTSORGANGE	Ja	Nein
9.1	Menstruation		
9.1.1	Mit wieviel Jahren hatten Sie Ihre erste Menstruation? _____ Jahre		
9.1.2	Haben Sie Ihre Menstruation noch?		
9.1.3	In welchem Alter hat die Menstruation aufgehört? _____ Jahre		
9.1.4	Wann war Ihre letzte Menstruation? _____		
9.1.5	Haben Sie eine Veränderung Ihrer Menstruation bemerkt?		
9.1.6	Haben Sie Zwischenblutungen? Seit wann ? _____		
9.1.7	Haben Sie Blutverluste nach der Menopause bemerkt?		
9.1.8	Haben Sie einen anhaltenden weisslichen Scheidenausfluß bemerkt? Seit wann ? _____		
9.1.9	Haben Sie eine Irritation oder einen Schmerz im Schambereich bemerkt? Bitte erklären Sie :		
9.2	Entbindungen		
9.2.1	Haben Sie entbunden? Wie oft ? _____ Wieviele Fehlgeburten ? _____		
9.2.2	Welches Gewicht hatte das(die) Baby(ies) bei der Geburt? 1 : _____ kg 2 : _____ kg 3 : _____ kg 4 : _____ kg		
9.2.3	Hatten Sie Komplikationen während oder nach der Geburt? Welche ?		
9.3	Operationen		
9.3.1	Wurden Sie an den Geschlechtsorganen operiert? Wann ? _____ Weshalb ?		
9.3.2	Hatten Sie einen lokalen Eingriff am Gebärmutterhals (Polypen) ? Wann ? _____		

9.3.3	Haben Sie Verhütungsmittel benutzt? Wie lang ? _____ Welche ? _____		<input type="checkbox"/>
-------	---	--	--------------------------

9.4	Brüste		
9.4.1	Haben Sie eine Verhärtung oder einen schmerzhaften „Knoten“ bemerkt?		
9.4.2	Haben Sie eine Verhärtung oder einen nicht schmerzhaften „Knoten“ bemerkt?		
9.4.3	Haben Sie einen Ausfluß aus der Brustwarze bemerkt? klar <input type="checkbox"/> blutig <input type="checkbox"/>		
9.5	Stillzeit		
9.5.1	Haben Sie gestillt?		
9.5.2	Anzahl der gestillten Kinder : _____		
9.5.3	Durchschnittliche Dauer der Stillzeit : _____ Monate		
9.5.4	Hatten Sie einen Abszess an der Brust während der Stillzeit?		
9.5.5	Wurde dieser Abszess chirurgisch behandelt?		
9.5.6	Wurde dieser Abszess medikamentös behandelt?		

10.	VERSCHIEDENES	Ja	Nein
10.1	Sind Sie sich der Risiken eines ungeschützten Geschlechtsverkehrs bewußt ?		
10.2	Kennen Sie die Risiken einer Drogenabhängigkeit?		
10.3	Haben Sie andere Beschwerden, als die im Fragebogen bereits erwähnten? Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese kurz.		



GesondheitsZentrum : Eingang/fahrt zum Parking: 44 rue d'Anvers, L-1130