

Dr. med. Beat Hornstein

Allgemeine Innere Medizin FMH
Steinenvorstadt 26
4051 Basel
Tel. 061 281 71 50

Fragebogen zur Krankengeschichte

Bitte alles zurückschicken mit der Anmeldung!

Familienname und zweiter Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____ Zeit _____ Ort _____

Zivilstand _____

Strasse _____ PLZ/Wohnort _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Telefon Privat _____ Telefon Geschäft/Natel _____

Vorname Ehemann/-Frau _____ Beruf Ehemann/-Frau _____

Kinder ja wieviel _____ nein

bei Kindern: Vorname Vater oder Mutter _____

Krankenkasse _____ Sektion _____

Mitglieds-Nr. _____

Zusatz für Alternativversicherung _____

Unfallversicherung _____

Einweisender Arzt _____

Hausarzt _____

Es ist kurz, aber im Detail genau und präzise anzugeben (unterstreichen), was für die gegenwärtigen Beschwerden (Seite 3) und was für den Kranken als individuelle Person (Seite 4 und 5) besonders charakteristisch ist. Weitere Angaben inkl. ärztliche Diagnose auf Seite 8.

Statur: Grösse: Gewicht:

Gesicht:	Haut:	Haare:
blass-rot	hell-brünett	rot-blond
gelb-braun	trocken-fett	braun-schwarz
unauffällig	rein-unrein	trocken-fett
rote Ohren	Fingernägel brüchig	wenig-viel
Zunge gelb?	Zahnfleischbluten?	dünn-dick

Litten **Blutsverwandte** an: Geistes- oder Gemütskrankheiten – Epilepsie – Selbstmord – Tuberkulose – Syphilis – Tripper – Zuckerkrankheit – Krebs – Gelenkrheumatismus – Gallensteine – Nierensteine – Gicht – Asthma – Herz – Kreislaufkrankungen (Hirnschlag, Herzinfarkt)

Litten **Sie** als Säugling (?), als Kind (?), oder später (?) an: Hautausschlägen (Milchschorf, Ekzeme), – Halsentzündungen (Anginen) – Drüsenschwellungen – Fieberkrämpfen – Fieberblasen – Tuberkulose – Kinderkrankheiten?

Andere Krankheiten, Unfälle?

Sind Sie operiert an: Mandeln – Nase – Nasenhöhlen – Blinddarm – Krampf-
adern – Hämorrhoiden? Wann?

Andere Operationen:

Wann (und in welchem Lebensjahr) begann das jetzige Leiden?

Ärztliche Diagnose?

Was ging der Erkrankung voraus? Wann trat sie erstmals auf?

Nach Ärger, Zorn, Schreck, Kränkung, Kummer, Sorgen, unglücklicher Liebe?
Nach geistiger oder körperlicher Überanstrengung? Nach Blut- und Säftever-
lusten z. B. Durchfall und Erbrechen ? Nach Übermüdung, Nachtwachen,
nach Exzessen ? Nach Unfall? Nach einer Geburt?

Nach Erhitzung, Sonnenbrand, Erkältung, in trocken-kaltem Wind? In feuchter
Luft? Durch Zugluft? Nach Erfrierung, nach kalten und/oder nassen Füßen?
Nach Nasswerden des Kopfes? Nach allgemeiner Durchnässung im ver-
schwitzten Zustand?

Nach Unterdrückung von Schweiß, von Hautausschlägen, von Schnupfen oder der Menstruation? Nach schweißshemmenden Spray's, Cortison-, Antihistaminika-Salben oder Tabletten, Antibaby-Pille? Durch Schlafmittel, Psychopharmaka, Drogen, Malaria-Tabletten, Alkohol, Nikotin?
Nach Impfungen? Nach welcher?

Nach Insektenstichen? Nach Stoss, Fall oder Verrenkung? Nach Bluterguss? Nach Verletzungen (und Erschütterungen) des Gehirns? Des Rückens?
Was sonst könnte Ihre Erkrankung ausgelöst haben?

Schildern Sie Ihre Beschwerden im Detail:

Wo (an welchem Körperteil) bestehen die Hauptbeschwerden: wohin strahlen sie aus?

Was empfinden Sie (Brennen, Drücken, Ziehen oder was?)

Wann sind sie schlimmer:

Morgens – beim Erwachen – beim Aufstehen – vor/nach dem Frühstück – vormittags – vor/nach dem Mittagessen – nachmittags – abends – nachts – vor/nach Mitternacht – zu bestimmter Tages-/Nachtzeit, wann?

Wodurch werden sie verschlimmert? Durch

Wärme, Zimmerwärme, Ofenwärme, Bettwärme, heisse Bäder, warm einhüllen, heisses Wetter, in der Sonne, beim Warmwerden im Freien, beim Betreten des warmen Raums aus der Kälte, beim Schwitzen, nach dem Schwitzen?

Kälte? in trocken – nasser – kalter Luft? Wetterwechsel? Gewitter? Schnee? Beim Hinaustreten aus der Wärme in die Kälte? Beim Kaltwerden? Beim Einatmen kalter Luft? In der Nachtluft? Nach dem Auskleiden? Durch kalte

Bäder? Beim Kaltwerden eines Körperteils? Beim Eintauchen der Hände in kaltes Wasser?

Ruhelage? Beim Stehen? Anlehnen? Im Sitzen? Beim Gerade- oder Krumsitzen? Beim Liegen? Auf dem Rücken? Auf der Seite? Auf der linken – rechten – schmerzhaften – schmerzlosen Seite? Beim Hoch- oder Tiefliegen mit dem Kopf?

Bewegung? Bei Beginn der Bewegung? Bei falscher Bewegung? Bei Bewegung des Kopfes? Der Augen? Der Arme? Bei Bewegung des leidenden Teils? Nach der Bewegung? Beim Kratzen? Beim Drehen? Beim Vorwärts- oder Rückwärtsbeugen? Beim Beugen des leidenden Teils? Beim Strecken des Gliedes? Beim Atmen? Beim Bücken? Nach langem Bücken? Beim Umdrehen im Bett? Beim Kopfdrehen? Beim Vorwärts- Seitwärts- Rückwärtsbeugen des Kopfes? Beim Aufwärts- oder Abwärtssehen? Beim Sehen ins Helle? Beim Mundöffnen? Kauen? Schlucken? Leerschlucken? Trinken? Beim Sprechen? Gähnen? Beim Schreiben? Bei Handarbeit? Beim Heben oder Hängenlassen des leidenden Teils? Beim Zugreifen? Durch Wasser oder Waschen?

Berührung? Bei nur leichter Berührung? Bei Berührung des Halses? Durch Reiben? Durch äusseren Druck? Kleiderdruck? Hutdruck? Durch Druck auf der schmerzhaften Seite? Durch was sonst?

Wodurch werden die Beschwerden gebessert?

Sind im Zusammenhang mit den Hauptbeschwerden auch Beschwerden an einem anderen Organ- einem anderen Körperteil in Erscheinung getreten? (Wo? Welcher Art?)

Besteht Wetterfühligkeit?

Besteht auch eine Störung des Allgemeinzustandes? Welche?

Gemütsveränderung: besteht eine deutlich nervöse Angegriffenheit? Empfindlichkeit? Gereiztheit? Eine unbestimmte Angst? Oder bestimmte Furcht: vor dem Alleinsein, vor der Nacht, vor Einbrechern, Tieren, vor Gewitter, oder vor was?

Oder sind Sie vergesslich, gleichgültig, traurig, hoffnungslos oder verdriesslich geworden? Oder misstrauisch, aggressiv, boshaft, eher ernst, ungewohnt sanft, auffällig zerstreut oder wechselt die Stimmung ungewohnt rasch, sind Sie leicht erregt, abgestumpft? Leiden Sie an Einbildung, Wahn- oder Zwangsideen? Ist Ihr Gedächtnis auffallend lebhaft oder auffallend schlecht? Fühlen Sie sich wie betäubt, benebelt, benommen? Leiden Sie an anderen Beschwerden?

Schwindel? Wann? Bei was?

Kopfschmerzen? Wie oft? Wo?

Wärmeregulationsstörungen: sind Sie oft erkältet? Frieren Sie leicht? Allgemein, oder nur an einzelnen Teilen? Welche?

Oder nur halbseitig, rechts, links? Besteht ein Gefühl von innerem Frieren oder nur ein Kältegefühl ohne Frost? Wo, innerlich, äusserlich, halbseitig, oder leiden Sie unter Hitzeempfindungen? Allgemein, nur äusserlich, oder haben Sie ein Gefühl von innerer Hitze? Oder nur ein Gefühl von Hitze einzelner Teile, von äusseren oder inneren Teilen? Welche?

Besteht ein Gefühl halbseitiger Hitze, oder bestehen Hitzewallungen (fliegende Hitze)? Sind Sie im erhitzten Zustand durstig nicht durstig? Besteht dabei Neigung zu / oder Scheu vor Entblößen?

Schweiss: schwitzen Sie leicht, allgemein oder nur an einzelnen Teilen, halbseitig, rechts oder links, nur am Oberkörper? Ist der Schweiss heiss, kalt, macht er müde und matt, ist klebrig, fettig, gelbfärbend, stark riechend? Nach was?

Bestehen Nachtschweisse, zu Anfang des Schlafens oder beim Erwachen? Besteht auffällig trockene Haut, kein Schweiss?

Durst: haben Sie viel/wenig Durst? Trinken Sie jedesmal grössere oder kleinere Mengen, trinken Sie lieber (oder nur) warmes oder kaltes Getränk? Haben Sie trotz Durst eine Abneigung gegen Trinken?

Appetit: besteht ein normales Hungergefühl, oder Heisshunger, Appetitlosigkeit, oder Hunger ohne Appetit? Haben Sie Vorliebe oder gar ein besonderes Verlangen nach Bier, Bitterem, Branntwein, Fett, Fisch, Gemüse, Kaffee, Geräucherterem, nach kalten Speisen, nach Milch, Obst, nach Pikantem, Salzigem, Saurem, Süsssem, nach Wein oder Zucker? Besteht eine ausgesprochene Abneigung? Gegen was?

Was bekommt Ihnen nicht, ist unverträglich?

Stuhlgang: besteht Neigung zu Durchfall, schmerzhaft oder schmerzlos? Oder Verstopfung, wegen Darmträgheit oder wegen Verhärtung des Stuhls? Besteht Verstopfung mit Schleimabsonderung, oder vergeblicher Stuhlgang? Geht der Stuhl unwillkürlich ab? Ist er blutig? Gehen Spulwürmer oder Madenwürmer ab?

Harnentleerung: normal, oder besteht vermehrt Harndrang oder Harnzwang? Besteht vergeblicher Drang oder Harnverhaltung? Besteht unwillkürlicher Harnabgang? Bettnässen? Wird wenig oder viel Harn ausgeschieden? Wird häufig oder selten Wasser gelöst? Ist der Strahl beim Urinlassen unterbrochen oder geht der Urin nur tropfweise ab?

Schlaf: ist der Schlaf gut, besonders tief oder gar wie betäubt? Ist er unruhig, ängstlich, unerquicklich? Lachen, weinen, reden Sie im Schlaf oder knirschen Sie mit den Zähnen? Besteht allzeit Schlaflosigkeit oder nur vor oder nach Mitternacht? Besteht Schlaflosigkeit trotz Schläfrigkeit, schlafen Sie spät ein, erwachen Sie regelmässig in der Nacht? Wann?

Erwachen Sie häufig? Können Sie dann wieder/oder nicht mehr einschlafen?

Erwachen Sie mit Angst, morgens zu früh oder zu spät? Schlafen Sie bevorzugt in Rücken-, Bauch- oder Seitenlage? Sind Sie tagsüber auffallend schläfrig? Am Morgen, vormittags, nachmittags, abends?

Träume: träumen Sie oft, sind es ängstliche Träume? Vom Fallen, Feuer, Toten, Unglücksfällen oder angenehme Träume? Oder Träume von Tagesgeschäften und Sorgen, von Tieren? Von welchen? Vom Fliegen? Von Begegnungen mit Bekannten/Unbekannten? Von Reisen?

Können Sie sich am Morgen noch/oder nicht mehr an Ihre Träume erinnern?

Sexualität: schwacher Trieb? Leicht erschöpft? Impotenz? Starker Trieb? Spontane Samenergüsse? Was sonst?

Menstruation:

Eintritt: zu früh – zu spät – unregelmässig ausbleibend

Stärke: stark – schwach

Dauer: lang – kurz – wieviele Tage?

Aussehen: hell – dunkel – klumpig – scharf – übelriechend

Ausfluss: braun – wässrig – eiweissartig – mild – scharf – gelb – schleimig – milchartig – juckend – zäh – grün – eitrig – dick – brennend – übelriechend

Urin: normal? nicht normal?
heiss – scharf

Farbe: blass – braun – dunkel – grünlich – milchfarbig – rot – trüb –
erst trüb nach dem Stehen

Geruch: nach Ammoniak (Pferdestall)

Stuhl: normal? nicht normal?

Farbe: braun – gelb – grau – grün – schwarz

Form: zu dick – zu dünn – flach – Bällchen (wie Schafkot)

Konsistenz: hart – gallig – schaumig – schleimig – unverdaut

Geruch: sauer – scharf – faul – übelriechend

Wann fühlen Sie sich allgemein **schlechter**:

am Tage – oder in der Nacht? Morgens – vormittags – mittags – nachmittags –
abends – vor oder nach Mitternacht? Vor dem Frühstück, nüchtern? Nach
körperlicher oder geistiger Anstrengung? Im Frühjahr – Sommer – Herbst –
Winter? Bei Wärme/Kälte?

Im Zimmer – Freien – unbedeckt – am Meer? Durch kalte oder heisse
Bäder? In warmer Luft? Bei windigem Wetter? Bei Nord – Süd – Ost –
Westwind? Bei heissem – kaltem – trockenem – nassem Wetter oder bei
Wetterwechsel? In der Sonne, vor – bei Gewitter? Bei Nebel – Schnee –
Vollmond – Neumond? Vor dem Essen – während des Essens – nach dem
Essen – nach Sattessen – nach dem Schlaf? Nach (zu) langem Schlaf – nach
Mittagschlaf? Vor der Regel – beim Eintritt – während – nach der Regel? In
Ruhe – bei Bewegung – beim Müsiggsein?

Nach dem Niederlegen? Im Liegen – Sitzen – Stehen – (Treppen)-Steigen?
Beim Gehen – schnell Gehen – im Freien – im Wind? Beim Fahren – im
Wagen – im Schiff – in der Bahn? Bei Licht – bei Tageslicht – Sonnenlicht –
künstlichem Licht? In der Dunkelheit – bei Lärm – Geräusch – Gerüchen? Bei
welchen? Im Gedränge – im Tunnel – Gewölben – in engen Räumen – auf
Brücken? Beim Alleinsein – in Gesellschaft – nach Gesellschaft? In
menschengefüllten Räumen – zwischen fremden Menschen? Sind Sie für
Trost und Zuspruch empfänglich – oder ablehnend? Ertragen Sie einen
Widerspruch gut – nicht so gut? Ertragen Sie eine Kränkung gelassen – oder
nicht? Sind Sie bei bevorstehenden Ereignissen aufgeregt – oder nicht?
Heilen Verletzungen bei Ihnen rasch – nicht rasch – bluten Sie lange? Gehen
sie leicht in Eiterung über?

Wo und wann fühlen Sie sich am besten?

Zusätzliche Angaben:

Ärztliche Diagnose, bisherige Therapien und deren Erfolg, Labor und Röntgenbefunde. Verlauf der Erkrankung bis heute:

Momentane Medikamente (inkl. Hormone, «Pille», Homöopathika etc).

(Frageschema mod. nach Wassily/Buschauer)