

Fragebogen zur Krankheitsgeschichte

Name			
Vorname			
Geburtsdatum (T/M/J)			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers
Adresse			
Telefon			
E-Mail			
Versicherungsstatus	<input type="checkbox"/> gesetzlich, Name der Kasse:		<input type="checkbox"/> privat
Name, Adresse und Telefonnummer des behandelnden Haus- und/oder Facharztes			

Hiermit entbinde ich den/die vorgenannten Arzt/ Ärzte sowie den überweisenden Arzt und die Ärzte des Instituts und der Poliklinik für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin (IPASUM) wechselseitig von der ärztlichen Schweigepflicht.

Datum

Unterschrift

Wir weisen darauf hin, dass

- die Ärzte des IPASUM meine Unterlagen durchsehen, archivieren und mich in das Patientenregister des IPASUM aufnehmen.
- Arztbriefe/Befunde/andere Originaldateien von Untersuchungen (z.B. MRT-Bilder) meine Person betreffend gespeichert werden können.

Ohne Einverständnis ist die Bearbeitung einer telemedizinischen Anfrage am IPASUM leider nicht möglich.

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden:

Datum

Unterschrift

Allgemeine Informationen

Waren Sie aufgrund der aktuellen Beschwerden bereits bei anderen Ärzten vorstellig? Nein

- Hausarzt / Allgemeinmedizin Umweltmedizin Arbeitsmedizin Pneumologie
 Neurologie Psychiatrie/Psychosomatik sonstige _____

Bitte Befunde beilegen!

Welche Untersuchungen wurden bereits bezüglich der Beschwerden durchgeführt? Keine

- Laboranalyse Bildgebung (z.B. Röntgen, CT, MRT, Ultraschall) Lungenfunktion
 sonstige _____

Bitte Befunde beilegen!

Wurden für Ihre aktuellen Beschwerden bereits ärztliche (Verdachts-)Diagnosen gestellt?

- Ja, und zwar: _____
 Nur Verdachtsdiagnosen und zwar: _____
 Nein → Vermuten Sie selbst eine bestimmte Erkrankung bei sich: _____

Eigene Schilderung der Beschwerden

Bitte schildern Sie ihre **aktuellen Beschwerden (Vorstellungsgrund)**, ihren **Krankheitsverlauf** und Ihr **Anliegen** an die Arbeits-/Umweltmedizin als Freitext.

Sind bereits Therapieversuche durchgeführt worden? Wenn ja, welche und mit welchem Erfolg?

Aktuelle Beschwerden	
Bitte geben Sie Ihre <u>aktuellen Hauptbeschwerden</u> an.	
1. Hauptbeschwerde: _____	seit: _____
2. Hauptbeschwerde: _____	seit: _____
3. Hauptbeschwerde: _____	seit: _____
Weitere Beschwerden: _____	
Bestehen folgende Symptome?	
<input type="checkbox"/> starke Schmerzen <input type="checkbox"/> Lähmungen <input type="checkbox"/> rasche Zunahme der Symptomatik	
Gibt es weitere Vorerkrankungen? <input type="checkbox"/> Nein	
<input type="checkbox"/> Ja, und zwar: _____	
Sind vergleichbare Symptome bereits früher einmal bei Ihnen aufgetreten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Leiden andere Menschen in Ihrem Umfeld (Familie, Freunde, Kollegen etc.) unter vergleichbaren Symptomen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Aktueller/Letzter Beruf: _____	
Sind Sie aktuell berufstätig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Sind Sie aktuell arbeitsunfähig, berentet, freigestellt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Falls ja: Aufgrund der o.g. Symptome? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Besteht beruflicher Kontakt zu potenziell gefährlichen Stoffen? <input type="checkbox"/> Nein	
<input type="checkbox"/> Ja, und zwar _____	
Bestehen sonstige Gefährdungen (z.B. Hobbys, Wohnumfeld, ...), die Sie oder andere als Auslöser der Beschwerden für möglich halten? <input type="checkbox"/> Nein	
<input type="checkbox"/> Ja, und zwar _____	

Medikation						
Welche Medikamente werden <u>aktuell</u> eingenommen (inklusive Nahrungsergänzungsmittel, naturheilkundlicher und alternativmedizinischer Präparate)?						
Name	Dosis (mg)	Einnahmeschema				Seit wann?
		Morgens	Mittags	Abends	Nachts	

Einschätzung der globalen Gesundheit, Schmerzen und der Lebenszufriedenheit

Wir möchten Sie bitten, auf nebenstehender Skala zu kennzeichnen, wie gut oder schlecht Ihrer Ansicht nach Ihr persönlicher **Gesundheitszustand** heute ist.

Auf dieser Skala gilt: 0 = schlechtest denkbarer Zustand und
10 = bester denkbarer Zustand.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Wenn **Schmerzen** zu Ihren Symptomen gehören, markieren Sie bitte auf untenstehender Skala mit den angegebenen Symbolen.

Falls nicht, bitte das entsprechende Feld ankreuzen: **keine Schmerzen**

Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen
im Minimum (x), im Maximum (+) und im Durchschnitt (O)
auf einer Skala von 0-10?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Wobei gilt: 0= gar kein Schmerz und 10= schlimmster vorstellbarer Schmerz

Wir möchten Sie noch nach Ihrer Zufriedenheit mit Ihrem Leben insgesamt fragen. Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig alles in allem mit Ihrem Leben?

Antworten Sie bitte anhand der Skala, bei der 0 = „ganz und gar unzufrieden“ und 10 = „ganz zufrieden“ bedeutet.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----