

Universitäts-Augenklinik Tübingen

DIAGNOSTISCHER FRAGEBOGEN

Die Angaben in diesem Fragebogen dienen dazu, Hinweise auf Ihre Erkrankung zu erhalten. Alle Unterlagen werden vertraulich behandelt. Bitte beantworten Sie alle Fragen, indem Sie die zutreffende Antwort ankreuzen.

Patientenname: _____

Adresse: _____

_____ Telefonnummer: _____

Überweisender Arzt: _____

Adresse des Arztes: _____

Telefonnummer des Arztes: _____

Krankheiten in der Familie

Die folgenden Fragen betreffen Ihre Großeltern, Eltern, Tanten, Onkel, Brüder und Schwestern, Kinder oder Enkelkinder.

Hatte irgend jemand in der Familie jemals folgende Erkrankungen:

	ja	nein
Tuberkulose _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syphilis _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenkentzündung oder Rheumatismus _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gicht _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hauterkrankungen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hatte irgend jemand aus Ihrer Familie jemals gesundheitliche Probleme mit:

	ja	nein
Augen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haut _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieren _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehirn _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere innere Organe _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vorgeschichte

	ja	nein
Haben Sie jemals außerhalb Deutschlands gewohnt? Wo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie in letzter Zeit eine Fernreise unternommen? Wohin? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie jemals einen Hund besessen? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie jemals eine Katze besessen? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie jemals einen Papagei oder Sittich besessen? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie jemals rohes Fleisch gegessen? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie jemals Kontakt zu erkrankten Tieren? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie jemals geraucht? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie jemals intravenöse Drogen genommen oder eine Infusion erhalten? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie jemals bisexuelle oder homosexuelle Kontakte? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welchen Beruf üben Sie aus? _____		
Nehmen Sie derzeit Medikamente? Welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie innerhalb von 3 Monaten vor Beginn Ihrer Erkrankung oder vor einem neuen Schub eine Impfung erhalten? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eigene medizinische Geschichte

Wurde Ihnen jemals erzählt, daß Sie eine der folgenden Erkrankungen haben?

	ja	nein
Blutarmut _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebs _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leberentzündung _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rippenfellentzündung _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenentzündung _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschwüre _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herpeserkrankung _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masern oder Röteln _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Windpocken oder Gürtelrose _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mumps _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chlamydien oder Trachom _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syphilis oder Gonorrhoe _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lepra _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leptospirose _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Histoplasmose _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pilzerkrankung _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toxoplasmose _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trichinose _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Whipples Erkrankung _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heufieber _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pemphigoid _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaskulitis _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatoide Arthritis _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arthritis _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lupus erythematodes _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sklerodermie _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ja	nein
Morbus Reiter _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psoriasis _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behcet's Erkrankung _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arteriitis temporalis _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erythema nodosum _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Multiple Sklerose _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sarkoidose _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hatten Sie jemals eines der folgenden Krankheitszeichen?

Allgemein

	ja	nein
Fieber _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachtschweiß _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müdigkeitsgefühl _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlechter Appetit _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kürzlicher Gewichtsverlust _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankheitsgefühl _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kopf

	ja	nein
Häufige oder schwere Kopfschmerzen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häufiges oder schweres Schwindelgefühl _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taubheitsgefühl _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ohren

	ja	nein
Schwerhörigkeit _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dauerndes Klingeln und Geräusche in den Ohren _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häufige oder schwere Ohreninfektionen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzhafte oder geschwollene Ohrläppchen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nase und Kehle

	ja	nein
Geschwüre in Nase oder Mund _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häufige oder wiederkehrende Nasenblutungen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häufiger Schnupfen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstopfte Nase _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nasennebenhöhlenbeschwerden _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heiserkeit _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahn- oder Gaumeninfektionen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haut

	ja	nein
Ausschlag _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautblasen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weißer Haut- oder Haarflecken _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haarverlust _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zecken- oder Insektenbiß _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzhafte kalte Finger _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Starkes Juckgefühl _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bekommen Sie schnell Sonnenbrand _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Atmungstrakt

	ja	nein
Schluckbeschwerden _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dauerhafter Husten _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthusten _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenentzündung _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kürzliche Grippe oder Virusinfektion _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Blut

		ja	nein
Blutungsneigung	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurzatmigkeit	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluttransfusion	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gastrointestinaltrakt

		ja	nein
Übelkeit	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchfall	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutiger Stuhl	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magenbeschwerden	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelbsucht oder gelbe Haut	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Knochen und Gelenke

		ja	nein
Steife Gelenke	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzhafte Gelenke	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschwollene Gelenke	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rote und erwärmte Gelenke	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Steifer Rücken	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rückenbeschwerden während des Schlafes	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervenschmerzen	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelschmerzen	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nieren und Genitaltrakt

		ja	nein
Nierenprobleme	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blasenprobleme	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blut im Urin	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausschlag oder Geschwüre im Genitalbereich	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prostataentzündung	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hodenschmerzen	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sind Sie schwanger oder planen Sie eine Schwangerschaft? _____ ja nein

Wieviel wiegen Sie derzeit? _____

Wie groß sind Sie derzeit? _____

Psychologische Geschichte

Fühlen Sie sich sehr unter Streß? _____ ja nein

Fühlen Sie sich häufig depressiv? _____

Sind Sie in psychiatrischer oder
psychotherapeutischer Behandlung? _____

Datum

Unterschrift