

Ärztlicher Fragebogen zum radprax Ganzkörper Check

I. Angaben zur Person

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	
Privatadresse:	
Telefon privat:	Telefon dienstlich:
Telefon mobil:	Email:
Wünschen Sie weitere Befundempfänger? Wenn Ja:	
Wie haben Sie vom radprax Vorsorgeinstitut Düsseldorf erfahren? <input type="checkbox"/> Empfehlung <input type="checkbox"/> Presse <input type="checkbox"/> Internet	

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht, an die auch alle Mitarbeiter/-innen der Praxis gebunden sind.

II. Familienvorgeschichte

Angaben	Wer?		
Krebserkrankungen in der Familie			
Darmkrebs		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Lungenkrebs		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Brustkrebs		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Prostatakrebs		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
andere Krebserkrankungen		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen in der Familie			
Herzinfarkt/Herzkranzverengung		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Herzmuskelschwäche		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
andere Herzerkrankungen		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Gefäßerkrankungen in der Familie			
arterielle Verschlusskrankheit		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Venenerkrankung		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Schlaganfall		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Aneurysma		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Anderweitige Erkrankungen			
Diabetes mellitus		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Bluthochdruck		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Ärztlicher Fragebogen zum radprax Ganzkörper Check

III. Eigene Vorerkrankungen

Hatten oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

Angaben	(seit) Wann?	
Krebserkrankungen		
Darmkrebs		
Lungenkrebs		
Brustkrebs		
Prostatakrebs		
andere Krebserkrankungen		Welche:
Herzerkrankungen		
Herzinfarkt/Herzkranzverengung		
Herzmuskelschwäche		
Angina Pectoris (Druck und Engegefühl in der Brust)		
Herzrhythmusstörungen		
andere Herzerkrankungen		Welche:
Vorangegangene Herzuntersuchungen		
Herzuntersuchungen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wann:
Echokardiogramm	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wann:
EKG/ Belastungs EKG	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wann:
Katheteruntersuchung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wann:
Myokardszintigraphie	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wann:
Gefäßerkrankungen		
arterielle Verschlusskrankheit		
Durchblutungsstörungen der Beine		
Venenerkrankung		
Schlaganfall oder TIA (kurzzeitige Durchblutungsstörungen im Gehirn)		
Aneurysma		
andere Gefäßerkrankungen		Welche:

Ärztlicher Fragebogen zum radprax Ganzkörper Check

Angaben	(seit) Wann?	
Anderweitige Erkrankungen		
Erhöhung des Cholesterinspiegels		
Bluthochdruck		
Diabetes mellitus		Typ I <input type="checkbox"/> Typ II <input type="checkbox"/>
Wurden Sie operiert		Wo:
Andere ungenannte Krankheiten		Welche:
Schnarchen Sie oder haben Sie Atempausen?		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

IV. Aktuelle Beschwerden

Angaben	Wenn Ja, bitte ankreuzen	seit Wann?
Sehen Sie Doppelbilder?	<input type="checkbox"/>	
Hatten Sie schon mal einseitige Sehstörungen?	<input type="checkbox"/>	
Neigen Sie zu Verstopfungen?	<input type="checkbox"/>	
Neigen Sie zu Durchfall?	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie Blut im Stuhl oder auflagernd?	<input type="checkbox"/>	
Leiden Sie an plötzlichem Herzasen in Ruhe?	<input type="checkbox"/>	
Leiden Sie Engegefühl oder Schmerzen in der Brust?	<input type="checkbox"/>	
Leiden Sie an chronischem Husten bzw. an Auswurf?	<input type="checkbox"/>	
Leiden sie an nächtlichem Wasserlassen?	<input type="checkbox"/>	
Knoten in der Haut	<input type="checkbox"/>	
Warzen oder Leberflecke, die in letzter Zeit gewachsen sind	<input type="checkbox"/>	

Ärztlicher Fragebogen zum radprax Ganzkörper Check

V. Fragen für Männer:

Angaben	Wenn Ja, bitte ankreuzen	seit Wann?
Ist der Urinstrahl dünner geworden?	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie das Gefühl die Blase nicht vollständig entleeren zu können?	<input type="checkbox"/>	
Hat die Potenz nachgelassen?	<input type="checkbox"/>	
andere Beschwerden?	<input type="checkbox"/>	

VI. Fragen für Frauen:

Angaben	Wenn Ja, bitte ankreuzen	seit Wann?
Unterleibsschmerzen	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie starke Regelblutungen?	<input type="checkbox"/>	
Veränderte Regelblutungen gegenüber früher?	<input type="checkbox"/>	
Neu aufgetretene Regelblutung nach dem Ende der Wechseljahren	<input type="checkbox"/>	
Knoten in der Brust	<input type="checkbox"/>	
Veränderungen der Brüste	<input type="checkbox"/>	
andere Beschwerden		

VII. Nehmen Sie Medikamente ein?

Nein

Medikament	Dosis	Anzahl pro Tag / Aufteilung

Ärztlicher Fragebogen zum radprax Ganzkörper Check

VIII. Rauchen

Rauchen Sie zurzeit?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja	_____ Stück pro Tag	Seit ca. _____ Jahren
Haben Sie früher geraucht?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja,	von: _____	bis: _____

IX. Umweltbelastung am Arbeitsplatz

Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Welche?
-----------------------------	-------------------------------	---------

X. Genuss alkoholischer Getränke

Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Wenn Ja:	Selten <input type="checkbox"/>	gelegentlich <input type="checkbox"/>	regelmäßig <input type="checkbox"/>
-------------------------------	-----------------------------	----------	---------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------

radprax interne Verwendung

Ausschlusskriterien QI-Onko <input type="checkbox"/>	Ausschlusskriterien QI-Cardio-Vaskulär <input type="checkbox"/>
- bekannte CA Erkrankung	- Gefäß-OP bei bekannter AS - Bypass am Herzen - Bauchortenaneurysma - PTA mit Bypässen - Z. n . Herzinfarkt - bekannte Carotisstenose