

Ätiologie-Fragebogen

Zuhanden der Krankengeschichte

10 / 1993

Dr. med. W. Weber-Stadelmann
Spezialarzt FMH für Innere Medizin
speziell Onkologie-Hämatologie

Heuberg 16, CH-4051 Basel
Telefon (0)61- 26102 25
Telefax (0)61- 26180 09

Dieser Fragebogen wurde ausgefüllt am: _____

Falls Sie diesen Fragebogen für jemanden ausfüllen, beantworten Sie bitte die Fragen so, als ob Sie jene Person selbst wären.

Notieren Sie bitte Ihren Namen, Ihre vollständige Adresse, die Telefonnummer und Ihr Verhältnis zur betreffenden Person.

Familienname: _____ Vorname: _____ Mittelname: _____ Mädchenname: _____

Strasse und Hausnummer: _____

Wohnort (inkl. Postleitzahl): _____

Kanton, Staat, Land: _____

Telefon (inkl. Vorwahlnummer): _____ Privat: _____ Arbeitsort: _____

AHV-Nr.: _____

Geburtsort (inkl. Kanton, Staat, Land): _____

Geburtsspital: _____

Geburtsdatum: _____ Jetziges Alter: _____

Geschlecht: _____ Sind Sie ein Zwilling? _____ Eineiig? _____

Name des Ehepartners (inkl. Mädchenname): _____

Ärzte, die Auskünfte erteilen könnten (bei Bedarf Rückseite verwenden):

Name: _____ Strasse und Hausnummer: _____

Ort, Staat, Land (inkl. Postleitzahl): _____

Telefon (inkl. Vorwahlnummer): _____

1

1. Umweltanamnese

A. Hatten Sie mit Chemikalien, Lösungsmitteln, Insektiziden, Giften oder anderen schädlichen Stoffen zu tun?

Wenn ja, geben Sie bitte Einzelheiten an (bei Bedarf Rückseite verwenden): _____

B. Notieren Sie bitte sämtliche ausgeübten Beschäftigungen und Berufe (bei Bedarf Rückseite benutzen).

	Beschäftigung	Arbeitgeber	Ungefähre Dauer der Beschäftigung	Beginn	Ende
1.	_____	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____	_____	_____

C. Bitte geben Sie das höchste Ausbildungsjahr und die Ausbildungsstätten an

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Primarschule				Sekundarschule			Realschule				Gymnasium				Universität			Berufsschule	

2. Persönliche Anamnese

A. Welche Impfungen hatten Sie? _____

B. Hatten Sie je eine der folgenden Krankheiten?

	ja	nein	Krankheit	Alter
1. Kinderkrankheiten	_____	_____	_____	_____
2. Leberkrankheit (Gelbsucht, Hepatitis etc.)	_____	_____	_____	_____
3. Lymphknotenerkrankungen (Drüsen, Pfeiffer etc.)	_____	_____	_____	_____
4. Infektionen (Lungenentzündung, Mittelohrentzündung, Hautinfekte etc.)	_____	_____	_____	_____
5. Rheumatische Krankheiten	_____	_____	_____	_____
6. Herpes (Aphten, Fieberblasen etc.)	_____	_____	_____	_____
7. Epilepsie oder Anfälle	_____	_____	_____	_____

	ja	nein	Krankheit	Alter
8. Schilddrüsenerkrankungen (Kropf etc.)	_____	_____	_____	_____
9. Brustkrankheiten	_____	_____	_____	_____
10. Erkrankungen der Geschlechtsorgane (Hoden, Gebärmutter, Eierstöcke etc.)	_____	_____	_____	_____
11. Allergien (Milchschorf, Heuschnupfen, Asthma, Medikamente etc.)	_____	_____	_____	_____
12. Anämie (Blutarmut etc.)	_____	_____	_____	_____
13. Blutungsneigung, Blutkrankheiten	_____	_____	_____	_____
14. Erkrankungen der Speiseröhre, des Magens oder des Darmes	_____	_____	_____	_____
15. Herz- oder Gefäßkrankheiten	_____	_____	_____	_____
16. Erkrankungen der Atemwege und Lungen	_____	_____	_____	_____
17. Erkrankungen der Nieren, Blase oder Harnleiter	_____	_____	_____	_____
18. Erkrankungen der Knochen, Muskeln oder Gelenke	_____	_____	_____	_____
19. Hautkrankheiten (Ekzem, Psoriasis etc.)	_____	_____	_____	_____
20. Geschlechtskrankheiten	_____	_____	_____	_____
21. Knochenbrüche und Unfälle	_____	_____	_____	_____
22. Augenkrankheiten (Brillen, Star etc.)	_____	_____	_____	_____
23. Geschwülste, Tumoren, Krebs	_____	_____	_____	_____
24. Anderes:	_____	_____	_____	_____

Ich bitte Sie um Einzelheiten über jede JA-Antwort (Art der Erkrankung, Behandlung, Verlauf, behandelnde Ärzte etc.). Geben Sie bitte jede Hospitalisation an (Name und Adresse des Spitals, Grund der Hospitalisation). Bei Bedarf Rückseite benutzen.

C. Angeborene Missbildungen

Wurden Sie mit Veränderungen der folgenden Organsysteme geboren?

	ja	nein	beschreiben
1. Hirn und Nervensystem (inkl. geistige Behinderung)	_____	_____	_____
2. Herz	_____	_____	_____
3. Nieren oder Blase	_____	_____	_____
4. Knochen, Muskeln oder Gelenke	_____	_____	_____
5. Haut (inkl. Geburtsmale und Flecken)	_____	_____	_____
6. Andere: _____	_____	_____	_____

D. Gibt es in Ihrer Familie irgendwelche vererbte Merkmale und/oder Krankheiten?

Wenn ja, bitte beschreiben: _____

3. Nahrung, Genussmittel und Medikamente

A. Hatten Sie je eine Diät, Nahrungseinschränkung oder Bedürfnis nach ungewöhnlicher Nahrung? ja _____ nein _____

Wenn ja, bitte beschreiben: _____

B. Rauchen (rauchten) Sie?

Wenn ja, was, wieviel und wie lange? _____

C. Trinken (tranken) Sie alkoholhaltige Getränke?

Wenn ja, geben Sie bitte eine Schätzung über die tägliche (wöchentliche) Einnahmemenge und deren Dauer an: _____

D. Haben Sie je eines der folgenden Medikamente eingenommen?

	ja	nein	Medikament	Zeitspanne	Arzt
1. Schilddrüsenmedikamente	_____	_____	_____	_____	_____
2. Wachstumshormone	_____	_____	_____	_____	_____
3. Medikamente zur Ermöglichung einer Schwangerschaft	_____	_____	_____	_____	_____
4. Medikamente zur Schwangerschaftsverhütung	_____	_____	_____	_____	_____
5. Östrogene in der Menopause (Abänderung)	_____	_____	_____	_____	_____
6. Andere Hormone	_____	_____	_____	_____	_____
7. Kortison, Steroide	_____	_____	_____	_____	_____
8. Diphenylhydantoin, Epanutin, Dilantin	_____	_____	_____	_____	_____
9. Medikamente zur Förderung des Appetits, Diätpillen, Appetitzügler	_____	_____	_____	_____	_____
10. Chloramphenicol, Chloromycetin	_____	_____	_____	_____	_____

	ja	nein	Medikament	Zeitspanne	Arzt
11. Sulfonamide	_____	_____	_____	_____	_____
12. Butazolidin etc., Medikamente gegen Arthritis	_____	_____	_____	_____	_____
13. Reserpin, Medikamente gegen hohen Blutdruck	_____	_____	_____	_____	_____
14. Zytostatika, Medikamente, die zu Haarausfall führten	_____	_____	_____	_____	_____

Bitte um Angabe des Medikamentennamens, der Einnahmemenge und -Dauer. Bei Bedarf Rückseite benutzen.

E. Sind Sie bestrahlt worden?

Wenn ja, Ort: _____ Arzt: _____

Strahlenart: _____ Zeitspanne: _____

Dosis: _____

Sind bei Ihnen Untersuchungen oder Behandlungen mit radioaktiven Stoffen durchgeführt worden?

Wenn ja, Ort: _____ Arzt: _____

Radioaktiver Stoff: _____ Datum: _____

Dosis: _____

F. Nahm Ihre Mutter Medikamente vor Ihrer Geburt oder während Ihrer Säuglingszeit? Wenn ja, beschreiben Sie bitte: _____

4. Zusätzliche Bemerkungen

Bitte notieren Sie eigene Gedanken und Beobachtungen über mögliche Ursachen Ihrer Erkrankung. Ich bin Ihnen dankbar um zusätzliche Informationen, die nicht verlangt worden sind und die Sie als wichtig erachten. Bei Bedarf Rückseite benutzen.

5. Familiengeschichte

Ich bitte Sie um möglichst vollständige Angaben. Zusätzliche Personen bitte auf Rückseite aufzählen.

	Name, Mädchenname, Vorname, Telefon	Geburtsdatum, Geburtsort, Heimatort	Hatte diese Per- son je eine Tumorkrankheit?		Tumorkrankheiten: Alter bei Diagnose, Ärzte, Spitäler	Falls gestorben: Todesdatum Todesursache Todesort
			Ja	Nein		
A. Die Familie väterlicherseits Ihr Vater	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Der Vater Ihres Vaters	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Die Mutter Ihres Vaters	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Brüder und Schwestern Ihres Vaters (in der Reihen- folge der Geburtsdaten; vom Ältesten zum Jüngsten)	1. _____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	2. _____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	3. _____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	4. _____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Bei Bedarf Rückseite benutzen

Name, Mädchenname
Vorname, Telefon

Geburtsdatum,
Geburtsort,
Heimatort

Hatte diese Pe-
son je eine
Tumorkrankheit?
Ja Nein

Tumorkrankheiten:
Alter bei Diagnose,
Ärzte, Spitäler

Falls gestorben:
Todesdatum
Todesursache
Todesort

B. Die Familie mütterlicherseits
Ihre Mutter

_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Der Vater Ihrer Mutter

_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Die Mutter Ihrer Mutter

_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Brüder und Schwestern
Ihrer Mutter (in der Reihen-
folge der Geburtsdaten;
vom Ältesten zum Jüngsten)

1. _____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

2. _____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

3. _____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

4. _____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

	Name, Mädchennam Vorname, Telefon	Geburtsdatum, Geburtsort, Heimatort	Hatte diese Pe son je eine Tumorkrankheit?		Tumorkrankheiten: Alter bei Diagnose, Ärzte, Spitäler	Falls gestorben: Todesdatum Todesursache Todesort
			Ja	Nein		
C. <i>Ihre Brüder und Schwestern</i> (in der Reihenfolge der Geburtsdaten; vom Älte- sten zum Jüngsten)	1. _____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	2. _____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	3. _____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	4. _____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____
D. <i>Ihre Kinder</i> (in der Reihenfolge der Geburtsdaten; vom Älte- sten zum Jüngsten)	1. _____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	2. _____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	3. _____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	4. _____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Bei Bedarf Rückseite benutzen

