

Eintrittsfragebogen

Name · 姓

Vorname · 名

1. Jetziges Leiden: Bitte schildern Sie kurz Ihre jetzigen Beschwerden · 主诉及现病史
Was? Und wo? (Lokalisation) · 何种症状? 在何部位?

Wie? (Intensität? Charakter: stechend, schneidend, stumpf? Verlauf? Seit wann?) · 其特点? (强度? 性质: 刺痛, 刀割样, 钝痛? 病程? 何时起病?)

Wodurch? (Auslösende Ursachen? Besserung durch?) · 病因? (诱发因素? 缓解因素?)

Wann? (zeitlicher Bezug) · 发作时间?

2. Systemanamnese: Mit den folgenden Fragen möchten wir herausfinden, ob neben den unter Punkt 1 geschilderten Beschwerden noch andere Störungen von Organen oder Organsystemen vorliegen. Bitte beantworten Sie folgende Fragen mit JA oder NEIN. · 系统病史: 为了解您是否有其他疾病, 请以是或否回答下列问题。

	Ja	Nein
	是	否
a) Haben Sie oder leiden Sie häufig unter: · 您是否有或经常感到:		
• Fieber · 发烧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Kopfschmerzen · 头痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Müdigkeit · 疲倦	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Schwindel · 头晕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Appetit-Störungen · 食欲不正常	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Gewichtsproblemen (starke Zu-/Abnahme) · 体重不正常 (肥胖或消瘦)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Schlafstörungen · 睡眠障碍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• verstärktem Schwitzen · 自汗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Nachtschweiss · 盗汗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nein
	是	否
• Augenproblemen · 眼疾		
• Sehschwäche · 弱视	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Entzündungen · 炎症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Augenflimmern · 视物闪烁	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ohrproblemen · 耳疾		
• Ohrensausen · 耳鸣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Schwerhörigkeit · 耳聋	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Entzündungen · 炎症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Erkältungen · 感冒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hauterkrankungen · 皮肤病		
• Ausschläge · 皮疹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ekzeme · 湿疹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Haarausfall · 脱发	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Gelenksbeschwerden · 关节疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Rückenschmerzen · 腰背痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Herzbeschwerden · 心脏疾患		
• Herzklopfen · 心悸	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Herzrasen · 心动过速	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Herzstopern,		
• unregelmässiger Puls · 心律不齐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Druck auf Brust · 胸闷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Herzschmerzen,		
Angina pectoris · 心痛, 心绞痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Atemnot · 呼吸困难	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Husten · 咳嗽	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Auswurf · 有痰	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Magenbeschwerden · 胃病		
• Aufstossen · 嗝气	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Magenbrennen · 胃烧灼感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Blähungen · 胀气	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Völlegefühl · 饱胀感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Brechreiz · 恶心	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Erbrechen · 呕吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Leberbeschwerden · 肝胆疾患		
• Gelbsucht · 黄疸	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Gallenkoliken · 胆绞痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nein
	是	否
• Stuhlunregelmässigkeiten · 大便不规律		
• Verstopfung · 便秘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Durchfall · 腹泻	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Blut im Stuhl · 便血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Beschwerden beim Wasserlösen · 泌尿系疾患		
• zu häufig · 尿频	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Brennen, Schmerzen · 烧灼, 疼痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Blut im Urin · 血尿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• häufige Blasenentzündungen · 经常性膀胱炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Urin-Inkontinenz · 尿失禁	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Venenbeschwerden · 静脉疾患		
• Thrombosen · 血栓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Venenentzündungen · 静脉炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Krampfadern · 静脉曲张	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Beinschwellungen · 腿部肿胀	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Schweregefühl in Beinen · 两腿发沉	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Wadenkrämpfe · 腓肠肌痉挛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Frauen · 妇科		
• Menstruationsschmerzen · 痛经	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• zu starke Blutung · 经血过多	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Zyklusstörungen · 经期不调	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Nehmen Sie die Antibaby-Pille? 您服用避孕药吗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Tragen Sie ein Hormonpflaster? 您外敷激素贴膏吗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Geschlechtskrankheiten · 性病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Störungen der Sexualfunktion · 性功能障碍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Allergien · 过敏症		
• Pollenallergie · 花粉过敏	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Andere · 其它物质:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Asthma · 哮喘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Gefühlsstörungen an Armen und Beinen · 四肢感觉障碍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Muskelschwäche · 肌肉无力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Zittern · 震颤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Störungen Geschmack- und Geruchsinns · 味觉或嗅觉障碍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja 是	Nein 否
b) Rauchen Sie? · 是否吸烟?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls ja, wie viel? · 如果吸, 量?		
c) Trinken Sie Alkohol? 是否饮酒?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls ja, wie viel · 如果吸, 量?		
Wie häufig? · 频繁度?		
d) Nehmen Sie Medikamente? · 是否用药?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• im Speziellen zur Blutverdünnung · 特别是抗凝剂	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Andere? Dosierung? · 其它药? 用药量		
e) Nehmen Sie Drogen? · 是否用毒品?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls ja, welche? · 如果用, 何种?		
f) Treiben Sie Sport? · 是否从事体育活动?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls ja, was und wie häufig die Woche? · 何种? 每周几次?		
g) Sind Sie in Beruf oder Freizeit oft den folgenden klimatische Faktoren ausgesetzt oder leiden Sie darunter? ·		
• Durchzug / Wind · 穿堂风/风	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Feuchtigkeit · 潮湿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hitze · 热	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Kälte · 寒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja 是	Nein 否
h) Sind sie oft · 您经常感到		
• zornig / wütend · 气恼/愤怒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• innerlich unruhig / nervös · 不安/紧张	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• lebensfroh / optimistisch · 乐观	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• sorgenvoll · 充满忧虑	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• traurig / depressiv · 悲伤/忧郁	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ängstlich / schreckhaft · 害怕/恐惧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• vergesslich · 健忘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Leiden Sie oft unter · 因下列情况感到不适		
• Hitzegefühl · 发热	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Kältegefühl / Frieren · 发冷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Bevorzugen Sie · 您更喜欢		
• Wärme · 热	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Kälte · 寒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Persönliche Anamnese · 个人史		
a) Krankheiten · 疾病		
Leiden Sie unter · 患下述疾病		
• Bluthochdruck · 高血压	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• zu niedrigem Blutdruck · 低血压	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Diabetes (Zuckerkrankheit) · 糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• übertragbaren Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis etc.) · 传染病 (爱滋, 肝炎等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Tuberkulose · 结核病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Osteoporose · 骨质疏松症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Epilepsie · 癫痫	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Besonderes · 特别项		
Sind Sie Träger/Trägerin einer künstlichen Herzklappe oder Stent? 您是否安了人工心脏瓣膜 或金属支架	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frauen · 妇女 • Sind Sie zurzeit schwanger? · 现是否怀孕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c) Bitte geben Sie uns an, ob Sie Operationen, schwere Krankheiten oder Unfälle hatten · 做过何种手术，患过何种重病，或受过何种事故伤害？

Wann? · 何时

Was? · 何种

Wo? (Spitalaufenthalt) · 何地住院？

4. Familienanamnese: Bitte geben Sie uns an, ob folgende Krankheiten in Ihrer Familie vorkommen · 家族史：您家族中是否经常出现下列疾病？

	Ja 是	Nein 否
• Kreislaufkrankheiten (Bluthochdruck, Herzinfarkt etc.) · 循环系统疾病（高血压心肌梗塞）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Schlaganfall · 中风	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Allergien (Asthma, Heuschnupfen, Lebensmittelunverträglichkeit etc.) · 过敏症（哮喘，花粉病，食物过敏等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Krebs · 癌症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Diabetes (Zuckerkrankheit) · 糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Übergewicht · 肥胖	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Nervenkrankheiten (Multiple Sklerose etc.) · 神经系统疾病（多发性硬化等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Rheumaleiden · 风湿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Anfallsleiden (Epilepsie) · 发作性疾病（癫痫）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Psychische Leiden (Depressionen, Schizophrenie etc.) · 精神疾病（抑郁症，精神分裂等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Andere · 其他疾病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe

Datum

Visum MediQi