

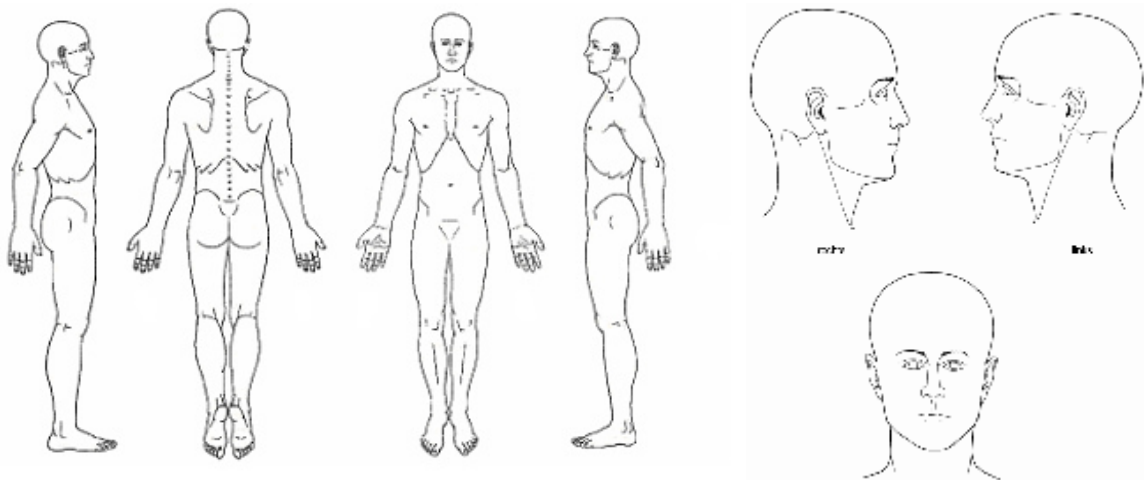
Mit diesem Fragebogen erleichtern Sie uns die Erfragung möglicher Ursachen Ihrer Beschwerden. Sie liefern uns damit wichtige Informationen für Ihre Behandlung. Alle Angaben sind streng vertraulich.

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

berufliche Tätigkeit: _____

Aktuelle Beschwerden:

Was ist der Grund für Ihren Besuch? Welche Beschwerden haben sie?



Markieren Sie die genauen Schmerzlokalisation und die Fläche der Schmerzausstrahlung

Wodurch werden diese Beschwerden ausgelöst? (z.B. Sturz, Unfall, Erkrankung, Stress, etc.)

Seit wann bestehen die Beschwerden und wie haben sie sich verändert?

Wie und wobei machen sich die Beschwerden bemerkbar? (Arbeit, Schlafen, Tageszeit, Stress, etc.)

Wie lassen sich die Beschwerden lindern? (z.B. Wärme, Kälte, Medikamente, bestimmte Bewegung, etc.)

Wodurch werden die Beschwerden verstärkt? (z.B. Kälte, Wärme, Medikamente, Bewegung, etc.)

Welche Therapiemaßnahmen sind bislang erfolgt und inwiefern haben sie geholfen?

Krankengeschichte:

Hatten Sie Unfälle, Verletzungen, Operationen und/oder Krankenhausaufenthalte? (z.B. Autounfall, Fahrradunfall, Stürze, Sportunfälle, Schleudertrauma etc.)

Monat/Jahr	Art des Unfalls/ Verletzung/ Operation/ Krankenhausaufenthalte	Zurückgebliebene Folgeschäden

Leiden Sie an chronischen und/oder schweren Krankheiten? (wenn ja, woran und seit wann?)

A) Stoffwechsel / Verdauungstrakt (z.B. Diabetes mellitus, Lebererkrankungen, collitis ulcerosa, Morbus Crohn, Divertikel, Gastritis, Magengeschwüre, Nierensteine, Gallensteine, Schilddrüsenerkrankungen, Wechseljahre, Ödeme etc.)

Gewicht, Schlaf, Appetit, Durst, Konzentration, Schweiß, Aufstoßen, Blähungen, Sodbrennen/ Reflux, Durchfall, Verstopfung, wechselnde Stühle:

B) Skelettsystem (z.B. Morbus Bechterew, Morbus Scheuermann, Osteoporose, Osteopenie, Osteomalazie, Frakturen, Wirbelsäulenerkrankungen, bestimmte Gelenkbeschwerden)

C) Herz-Kreislauf-System (z.B. Blutdruck, Herzrhythmusstörungen, Herzinfarkt, Angina Pectoris, Gefäßerkrankungen, Apoplexie, Schwindel, Ödeme, Varizen/Krampfadern)

D) Atmungssystem (z.B. chronische Bronchitis, Asthma bronchiale, Tuberkulose, Lungenentzündung)

Husten, Atemnot; Kurzatmigkeit, Sputum/Schleim

e) urogenitales System (z.B. Harnwegsinfekte, Schmerzen beim Wasserlassen, Inkontinenz, Beckenbodenschwäche, Harnverhalt, Harndrang)

F) gynäkologisches System (z.B. Menopause, Schwangerschaften, Zysten, Menstruationsbeschwerden, Geburten, Komplikationen)

G) Hauterkrankungen (z.B. Schuppenflechte/Psoriasis, Neurodermitis)

H) neurologisches System (z.B. Anfallsleiden, Tremor, bekannte Sensibilitätsausfälle, Sprache, Mimik, Gang, Bewegung, Konzentration, Wahrnehmung, adäquates Verhalten)

I) bösartige Erkrankungen (wann, welche, Therapieform?)

J) Zahn- bzw. Kieferbehandlungen, Zahnentzündungen, Kieferprobleme, Knirscherschiene

K) Allergien (z.B. auf bestimmte Stoffe, Arzneimittel, Nahrungsmittel, Frühblüher)

L) Nehmen Sie Medikamente? Haben Sie regelmäßig Medikamente eingenommen? (z.B. Antikoagulationen, Betablocker, Schmerzmittel, Blutdruckmittel, Schilddrüsenhormone, Ovulationshemmer)

Medikament	Einnahmehäufigkeit	Einnahmezeitraum	Nebenwirkungen

M) Weitere Behandler, parallele Behandlungen (z.B. Internist, Zahnarzt, Orthopäde etc.)

N) bisherige Befunde

Letztes Blutbild (wann, Befund)

O) Vorsorgeuntersuchung (wann war die letzte?)

- Gynäkologisch (insbesondere Mammographie, Ultraschall, Abstrich):
- Gastroenterologisch (insbesondere Koloskopie, Gastroskopie):
- Urologisch:
- Zahnärztlich:
- Augenärztlich:

P) medizinische Hilfsmittel (z.B. Brille/Kontaktlinsen, Schuheinlagen)

Familienanamnese

Gibt es in der Familie chronische oder bösartige Erkrankungen? (z.B. Krebs, Diabetes, Herz-Kreislaufkrankungen, Magen-Darmtrakt, etc.)

Risikofaktoren (zutreffendes bitte ankreuzen)

- Alkohol Menge: _____
 - Rauchen Menge: _____
 - Wasser Menge: _____
 - Sport Welcher, wie oft? _____
 - Stress im Alltag
 - Erholsamer Schlaf
 - Nächtliches Schwitzen
 - Stuhlgang regelmäßig, wechselhaft, Verstopfung: _____
 - Ernährung (vegetarisch, vegan, Mischkost, auffallende Ernährungsgewohnheiten)
-

Haben Sie noch Fragen oder Anmerkungen?
