

Bitte ausgefüllt zurück

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Bitte lesen Sie die Fragen genau durch und beantworten Sie diese so gut wie möglich.

Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und dienen mir lediglich dazu, eventuelle Zusammenhänge Ihrer Beschwerden zu finden und die Behandlung abzustimmen.

Vielen Dank für Ihre Bemühungen!

Name: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer privat: _____ geschäftlich: _____

Email-Adresse: _____ geboren am: _____

Beruf: _____ frühere Berufsausübungen: _____

Freizeit/Sport/Hobbys: _____

Welche Medikamente/ Nahrungsergänzungen nehmen Sie? _____

Hausarzt: _____ Telefonnummer: _____

Facharzt: _____ Telefonnummer: _____

Therapeut: _____ Telefonnummer: _____

Wer hat mich Ihnen empfohlen? _____

Ihre hauptsächlichsten Beschwerden sind?

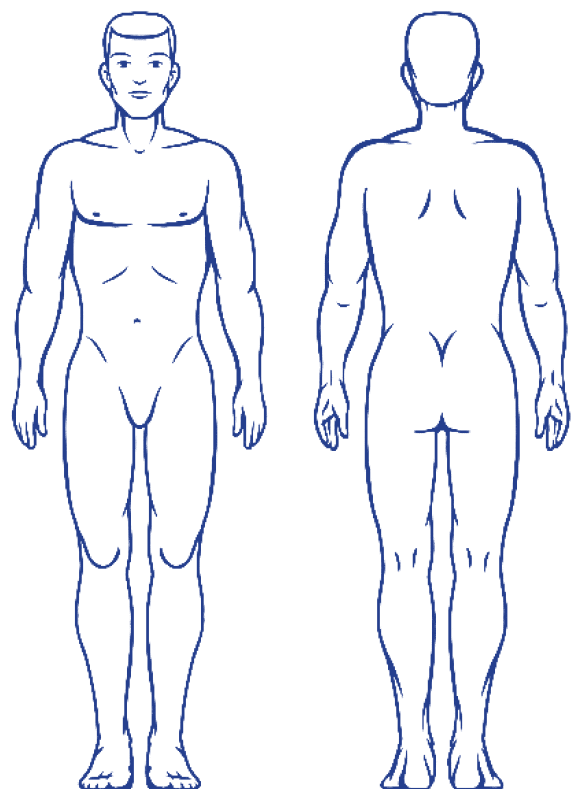
Seit wann haben Sie diese und wie äußern sie sich?

Wurden Sie wegen dieser Beschwerden bereits behandelt (Facharzt, Heilpraktiker,...)?

Ja Nein

Wenn ja, mit welchem Erfolg?

Bitte tragen Sie auf den Figuren Ihre Schmerzstellen in schwarz, eventuelle Narben in rot ein.



Bitte beschreiben Sie die Art und Weise Ihrer Schmerzen (stechend, bohrend, brennend, reißend,...)

Treten die Schmerzen regelmäßig oder in einem bestimmten Schema oder Zusammenhang auf?

Unter welchen Voraussetzungen lassen die Schmerzen nach? (Kälte, Wärme, Ruhe, Stress Essen, Hunger, Körperhaltung, Bewegung, etc.)

Unter welchen Voraussetzungen verschlimmern sich die Beschwerden?

Wie fühlen Sie sich dann im Allgemeinen? (traurig, ängstlich, ruhelos, irritiert, u.s.w.)

Treten am Tag Schwächeanfälle auf? Ja Nein

Wie ist Ihr Schlafverhalten (Dauer; Durch-/ Einschlafschwierigkeiten, Schnarchen, „Aussetzer“...)

Werden Sie nachts wach? Wenn ja, wann?

Wie ist Ihr Stuhlgang?

_____ x täglich, _____ x wöchentlich regelmäßig: Ja Nein

Konsistenz: hart fest(normal) weich(ungeformt) wässrig

Farbe: weiß hellbraun gelbbraun dunkelbraun schwarz

Haben Sie beim Essen Vorlieben/ Abneigungen für sauer, süß, würzig, bitter,...?

Bei welchen Speisen und/oder Getränken haben Sie Beschwerden?

Haben Sie eine Sucht/Abhängigkeit? Ja Nein Wenn ja, welche?

Seit wann besteht die Abhängigkeit bzw. ggfs. seit wann nicht mehr?

Rauchen Sie? Ja Nein wie viel? _____ ggfs. seit wann nicht mehr? _____

Trinken Sie Alkohol? Ja Nein wie viel? _____ ggfs. seit wann nicht mehr? _____

Nehmen Sie Drogen? Ja Nein wie viel? _____ ggfs. seit wann nicht mehr? _____

Trinken Sie Kaffee? Ja Nein wie viel? _____ ggfs. seit wann nicht mehr? _____

Welche weiteren Beschwerden haben Sie zur Zeit?

1. _____

2. _____

3. _____

Werden diese Beschwerden bereits behandelt? ja/nein Wenn ja, mit welchem Erfolg?

Sind familiär gehäuft auftretende Krankheiten bekannt? (Herz- und Gefäßkrankheiten, Rheuma, Diabetes, Krebs, Hautkrankheiten, u.s.w.)

Krankheitsgeschichte

1. Welche Krankheiten, Operationen, Unfälle und Behandlungen haben Sie in Ihrem Leben durchgemacht? Bitte auch „kleinere“ Angelegenheiten wie z.B. Verstauchungen, Zahnbehandlungen, Mandeloperationen, Ekzembehandlungen u.s.w. aufführen.

_____ Jahre alt _____ / _____ Jahre alt _____

_____ Jahre alt _____ / _____ Jahre alt _____

_____ Jahre alt _____ / _____ Jahre alt _____

2. Kinderkrankheiten

_____ Jahre alt _____ / _____ Jahre alt _____

_____ Jahre alt _____ / _____ Jahre alt _____

_____ Jahre alt _____ / _____ Jahre alt _____

3. Eventuelle Schwangerschaften und deren Verlauf

_____ Jahre alt _____ / _____ Jahre alt _____

_____ Jahre alt _____ / _____ Jahre alt _____

Evtl. 1. bzw. letzte Regelblutung: _____ Evtl. Verlauf der Regelblutungen: _____

4. Wichtige Entwicklungen im Leben können ebenfalls von Bedeutung sein, wie z.B. Scheidung, Verlust einer nahestehenden Person, Depression, Nervenzusammenbruch, ...

_____ Jahre alt _____ / _____ Jahre alt _____

_____ Jahre alt _____ / _____ Jahre alt _____

5. Auslandsaufenthalte

Sind Sie mit Ausnahme der vorangegangenen Angaben je in Behandlung eines Physiotherapeuten, Chiropraktikers, Heilpraktikers, Facharztes, Homöopathen, Akupunkteurs o.ä. gewesen?

Nennen Sie die schlimmste Krankheit/Einschränkung in Ihrem Leben

Welche Krankheit/Operation hatten Sie zuletzt?

Spüren Sie eine Verschlimmerung der Beschwerden bei starker physischer oder psychischer Belastung, klimatischen Veränderungen, Fieber, Menstruation, u.s.w.? Wenn ja, wann und mit welcher Art der Verschlimmerung?

Bitte auf dieser Seite ankreuzen, was auf Sie zutrifft.

Der linke Kreis bezieht sich auf frühere Beschwerden, der rechte Kreis auf gegenwärtige Beschwerden.
Wenn frühere Beschwerden auch heute noch bestehen, kreuzen Sie bitte beide Kreise an.

Allgemeines:

- Kopfschmerzen: tägl. wöchentl. monatl.
Wo lokalisiert? _____
 Schlaflosigkeit
 Probleme mit dem Einschlafen
 Gewichtsveränderung: Zunahme Abnahme
 Schwindel
 Müdigkeit:
ständig morgens mittags abends
 verändertes Sehen: doppelt verschwommen
 Hitzewallungen
 Allergien: _____

Magen- Darmtrakt:

- Darmentzündung
 Verstopfung
 Durchfall
 trockener Mund
 aufgetriebener/geblähter Bauch
 Übelkeit
 Darmblähungen/Winde
 Bauchschmerzen/ Krämpfe
 Bauchrumoren
 Sodbrennen
 Aufstoßen
 Blutungen
 Sonstiges: _____

Atemwege/ HNO:

- Atemnot
 chronischer Husten/Räuspern
 chronische Erkältung
 Asthma
 Halsschmerzen/-entzündungen
 Nasennebenhöhlenentzündungen/Nasenbluten
 Zahn- bzw. Zahnfleischentzündungen
 Ohrensausen, Ohrgeräusche

Muskeln und Gelenke:

- veränderte Muskelspannung gespannt weich
 Lendenschmerzen
 Nackenschmerzen
 Sensibilitätsstörungen
 ausstrahlende Beschwerden
 Gelenkschmerzen
 Muskelschmerzen, Krämpfe
 Bewegungseinschränkungen
 Rheuma

Herz und Blutgefäße:

- veränderter Blutdruck hoch niedrig
 geschwollene Drüsen
 Aderverkalkung
 unregelmäßiger Herzschlag
 Schmerz bzw. Brustbeklemmung
 Herzklopfen
 kalte Hände kalte Füße
 Krampfadern, Besenreiser
 aufgedunsen sein/ Schwellungsneigungen

Haut:

- Ekzem; Ausschlag
 schnell „blaue Flecken“
 trockene Haut
 Schweißneigung
 Jucken, Juckreiz
 spröde Nägel
 Haarveränderung: Haarausfall sprödes Haar

Nieren/ Harnsystem:

- Probleme beim Wasserlassen/ Urinveränderungen
 Nierensteine
 Prostataschmerzen
 Blasenentzündung u./o. Nierenentzündung
 Geschlechtskrankheiten

Verfassung:

- nervös
 depressiv
 überempfindlich
 unkonzentriert u./o. vergesslich
 ängstlich/ ständig grübelnd
 lustlos
 in sich hineinfressend
 ohne Selbstvertrauen
 traurig, niedergeschlagen
 unentschlossen
 irritiert
 sonstiges

Frauen:

- momentan schwanger Ja Nein
Schwangerschaften Ja Nein Wenn ja, wie viele: _____
Alter bei erstmaliger Menstruation: _____ Jahre
 schmerzhafte Menstruation
 unregelmäßige Menstruation
 lang anhaltende Menstruation
 sehr starker Blutverlust bei der Menstruation
 schmerzhafte Brüste
 prämenstruelles Syndrom
 weißer Ausfluss (Fluor albus)
Alter bei letzter Menstruation: _____ Jahre

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in Berechtigte/r