

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte füllen Sie diesen Bogen in Ruhe zuhause aus und besprechen Sie ihn, falls erforderlich, mit Ihrer Familie.

Erscheint Ihnen eine Frage unklar, oder wissen Sie die Antwort nicht genau, so lassen sie diese einfach aus und wir besprechen Sie bei Ihrem Termin.

Wenn es terminlich möglich ist, bin ich Ihnen dankbar, wenn Sie mir den Fragebogen vor unserem Termin per E-Mail oder per Brief zukommen lassen.

Ihre Antworten helfen mir, mich auf Ihren ersten Termin besser vorzubereiten und Ihre Erkrankung und Ihre Symptome besser zu verstehen.

Anleitung zum Ausfüllen:

Sie haben die Variante zum Ausfüllen am Computer gewählt. Dabei gibt es ein paar Details zu beachten:

Dieses Dokument ist bis auf die Formularfelder schreibgeschützt, kann also grundsätzlich nicht verändert werden. Verändert werden können nur die Kästchen um etwas anzukreuzen sowie die Textfelder. Hier zwei Beispiele:

Kästchen: Nein Ja

Textfeld: _____

Wenn Sie das Formular nun fertig ausgefüllt haben, ist es am einfachsten, wenn Sie es abspeichern und mir per E-Mail zukommen lassen. Alternativ kann es auch ausgedruckt werden.

Personalien:

Anrede: Frau Herr

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon Privat: _____

Telefon Handy: _____

E-Mail-Adresse: _____

Rechnung per Mail: Ja Nein

Beruf: _____

Zusatzversicherung: Ja Nein

Krankenkasse:
(Zusatzversicherung) _____

Hausarzt: _____

Angaben zu Ihren Beschwerden:

Bitte kreuzen Sie das jeweils Zutreffende an und beschreiben Sie Ihre Symptome möglichst genau:

1. Bitte beschreiben Sie uns möglichst genau, was Sie zu uns führt

- Akute Beschwerde(n) Chronische Beschwerde(n)
 Allgemeiner Check-Up

Hauptbeschwerden – in absteigender Reihenfolge:

seit wann:

2. Liegt eine klinische (schulmedizinische) Diagnose vor?

Nein Ja

3. Haben sich die Beschwerden über die Zeit verändert?

Nein Ja

4. Waren Sie in der letzten Zeit (oder in Verbindung mit dem Beginn der Symptome) im Ausland?

Nein Ja

5. Gibt es Ihrer Meinung nach ein Ereignis (Verlust, Trauer, Stress, Medikamenteneinnahme, Impfung, Krankheit, Unfall) welches als Auslöser für Ihre jetzigen Beschwerden gesehen werden kann?

Nein Ja

6. Nehmen Sie aktuell Medikamente (auch selbstgekaufte) oder Nahrungsergänzungsmittel? Was haben Sie früher genommen?

Nein Ja

7. Haben Sie in den letzten 12 Monaten ein Antibiotikum genommen? Wenn ja welches?

Nein Ja

8. Sind Sie aktuell in ärztlicher/therapeutischer Behandlung?

Nein Ja (bitte Namen sowie Art der Therapie angeben)

9. Wieso haben Sie uns aufgesucht, was erhoffen Sie sich von der Behandlung, was ist Ihr Ziel?

Körperanamnese:

1. Kopf:

Leiden Sie unter Kopfschmerzen oder Migräne – wenn ja wie häufig:

Nein Ja selten

Stirn-Augen-Schläfenregion

Hinterhauptregion

halbseitig doppelseitig

links rechts wandernd

Auslöser:

Haare:

Haarausfall: kreisrund vereinzelt generalisiert

Augen:

Operationen:

Kurzsichtigkeit Weitsichtigkeit Brille oder Kontaktlinsen

chronische Bindehautentzündung

Makuladegeneration

Grauer Star

andere: _____

Ohren:

- Tinnitus: rechts links
- Ohrgeräusche: rechts links
- Ohrdruck: rechts links
- Schwerhörigkeit Hörgerät

Nase:

Operationen:

- chronische Nasennebenhöhlenentzündungen
- behinderte Nasenatmung
- häufiges Nasenbluten

Hals und Rachen:

Operationen:

- chronische Mandelentzündungen

Schilddrüse:

Operationen:

- Überfunktion Unterfunktion
- Hashimoto-Syndrom Vergrößerung

2. Zähne und Kiefer:

Operationen:

Haben Sie wurzelbehandelte Zähne: ja nein

Zahnfüllmaterialien:

Amalgam Kunststoff Gold Keramik Titan
 Palladium Implantate

Wurden Amalgamfüllungen entfernt: ja nein

Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt: ja nein

Hatten Sie als Kind eine Zahnsperre: ja nein

3. Brust und Bauch:

Herz:

Operationen:

Beschwerden: Stechen Druckgefühl Beklemmung
 Infarkt Rhythmusstörungen

Lunge:

Operationen:

chronische Bronchitis chronischer Husten Asthma Atemnot

Leber:

Operationen:

Entzündung

Hepatitis, wenn welcher Typ: _____

erhöhte Leberwerte

Galle:

Operationen:

Gallensteine

Gallenkoliken

Druck im Oberbauch

Fettunverträglichkeit

Magen:

Operationen:

Völlegefühl

Gastritis

Appetitlosigkeit

Schmerzen

Magengeschwür

Sodbrennen

Darm:

Operationen:

- Infektionen Divertikel Polypen Verwachsungen
 Blähungen Würmer Hämorrhoiden Reizdarm
 chronische Darmerkrankungen

Stuhlgang:

- täglich mehrmals in der Woche einmal in der Woche

Neigung zu: Durchfall Verstopfung

4. Rücken und Extremitäten:

Rücken und Wirbelsäule:

Operationen:

- Beweglichkeit eingeschränkt Verspannungen Schmerzen

Arme und Hände:

Operationen:

- Verletzungen Schmerzen Tennisellenbogen
 Taubheitsgefühl kalte Hände

Beine und Füße:

Operationen:

- Verletzungen Schmerzen Krampfadern
 Taubheitsgefühl kalte Füße

5. Haut und Nägel:

Operationen:

- Verbrennungen Geschwüre Juckreiz
 Warzen Leberflecke Pilze
 eingewachsene Nägel brüchige Nägel Nagelbettentzündungen
- Narben: nein ja

wenn ja, wo: _____

6. Unterleib:

Niere und Blase:

Operationen:

- Nierensteine chronische Blasen- oder Harnwegsentzündungen
- Harnverhalten: einmal täglich mehrmals täglich
- Harnmenge: viel wenig
- Harnfarbe: hell dunkel

Sexualität:

- vermindert verstärkt unbefriedigt
- Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

Verhütung:

Nehmen Sie Verhütungsmittel: nein ja

wenn ja, welche: _____

Gynäkologie:

Operationen:

- Ausfluss Eierstock- oder Eileiterentzündungen Zysten
 Myome Ausschabungen Geschlechtskrankheiten

Geburten: nein ja

wenn ja: wie viele: _____

- natürliche Geburt Kaiserschnitt Fehlgeburt

Menstruation: wann war die erste: _____ wann war die letzte: _____

Menstruationsbeschwerden: vor während nach

Wechseljahresbeschwerden

Andrologie:

Operationen:

- Prostatabeschwerden Prostatavergrößerungen

7. Allgemeines:

Größe: _____

Gewicht: _____

Blutgruppe: _____

Blutdruck:

erhöht

erniedrigt

rechtshändig

linkshändig

Rauchen Sie: nein

ja

Wenn ja: seit wann: _____ was: _____ wieviel: _____

Trinkmenge pro Tag: _____ was: _____

Sport: nein ja

Wenn ja: welchen: _____

wie oft: _____

Schlafverhalten:

Einschlafschwierigkeiten Durchschlafschwierigkeiten Zähneknirschen

Schnarchen

Unruhe in den Beinen

Nachtschweiß

Schlafzeit: _____

Spüren Sie ein spezielles Verlangen nach ...?

süß

salzig

sauer

scharf

Fleisch

Fisch

Eier

Spüren Sie eine spezielle Abneigung gegen ...?

süß

salzig

sauer

scharf

Fleisch

Fisch

Eier

Gibt es Lebensmittel die Sie nicht oder schlecht vertragen?

Nein Ja

Ernähren Sie Sich nach einer gewissen Ernährungsrichtlinie?

Nein Ja

Fragen zu speziellen Erkrankungen:

Diese Angaben helfen mir, Ihre Erkrankung und Ihre Symptome besser zu verstehen. Wenn etwas zutrifft, dann beschreiben Sie bitte möglichst genau, wann und wo das Geschehen stattgefunden hat, wie Sie behandelt wurden (Medikamente, Operationen, usw.), ob es eine wiederkehrende Krankheit war und was evtl. als Folge der Erkrankung bei Ihnen immer noch feststellbar ist.

1. Tumor-/Krebsgeschehen?

Nein gutartig bösartig

2. Litten sie jemals an einer der folgenden Krankheiten (zutreffendes bitte ankreuzen)?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Lippenherpes | <input type="checkbox"/> Gürtelrose |
| <input type="checkbox"/> Milchschorf | <input type="checkbox"/> Neurodermitis |
| <input type="checkbox"/> Blasenentzündung | <input type="checkbox"/> Bindehautentzündung |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Malaria |
| <input type="checkbox"/> Syphilis | <input type="checkbox"/> Tripper |
| <input type="checkbox"/> Autoimmunerkrankung | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose |
| <input type="checkbox"/> Borreliose | <input type="checkbox"/> Diabetes |

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Windpocken | <input type="checkbox"/> Masern |
| <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Röteln |
| <input type="checkbox"/> Scharlach | <input type="checkbox"/> Diphtherie |
| <input type="checkbox"/> Pfeiffersches Drüsenfieber | |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerz (chronisch) | <input type="checkbox"/> Migräne |
| <input type="checkbox"/> Gallenprobleme | <input type="checkbox"/> Gelenkprobleme |
| <input type="checkbox"/> Venenstau/Krampfadern | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenprobleme |
| <input type="checkbox"/> Hautprobleme | <input type="checkbox"/> Gestörter Geruchssinn |
| <input type="checkbox"/> Gestörter Geschmackssinn | <input type="checkbox"/> Hörprobleme |
| <input type="checkbox"/> Geschwür | <input type="checkbox"/> Furunkel |
| <input type="checkbox"/> Fistel | <input type="checkbox"/> Abszess |
| <input type="checkbox"/> Depressionen | <input type="checkbox"/> Vergesslichkeit |
| <input type="checkbox"/> Lustlosigkeit | <input type="checkbox"/> Wutanfälle |
| <input type="checkbox"/> Impotenz | |

3. Bitte listen Sie ihre bisherigen Infektionen auf:

4. Bitte listen Sie ihre bisherigen Unfälle auf:

5. Schwitzen Sie leicht?

- Nein Ja

6. Fiebern Sie leicht?

- Nein Ja

7. Wurden Sie geimpft?

- Nein als Kind als Erwachsene(r)

Bringen Sie bitte Ihr Impfbüchlein mit. Tragen Sie nachfolgend die nicht im Impfbüchlein aufgeführten Impfungen ein (z.B. Grippeimpfungen).

8. Hatten Sie Impfreaktionen?

Nein Ja (Wo?)

9. Haben oder hatten Sie jemals Allergien?

Nein Ja

10. Litten Sie jemals an psychischen Belastungen?

Kündigung durch Arbeitgeber Existenzangst
 Mobbing Perspektivlosigkeit

11. Gab es in Ihrem Leben Einschnitte (egal welcher Natur), die Sie für besonders erwähnenswert halten?

Fragen zu Familie und Umfeld:

1. Leben Sie in einer Beziehung?

Nein Mann - Frau
 Mann - Mann Frau - Frau

2. Wie verlief Ihre Geburt?

Natürlich Kaiserschnitt wurden Sie gestillt

Spezielles:

3. Litt jemals ein Familienmitglied an einer der folgenden Krankheiten (zutreffendes bitte ankreuzen)?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Syphilis |
| <input type="checkbox"/> Tripper | <input type="checkbox"/> Malaria | <input type="checkbox"/> Autoimmunerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Borreliose | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Neurodermitis |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Rheumatismus | <input type="checkbox"/> Gicht |
| <input type="checkbox"/> Schuppenflechte | | |
| <input type="checkbox"/> andere: _____ | | |
-
- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Totgeburt | <input type="checkbox"/> Fehlgeburt | <input type="checkbox"/> plötzlicher Kindstod |
| <input type="checkbox"/> Psychische Krankheit | <input type="checkbox"/> Alkoholkonsum | <input type="checkbox"/> Drogenkonsum |

4. An welcher Krankheit starben die jeweiligen Vorfahren?

Mutter: _____
Vater: _____
Großmutter mütterlicherseits: _____
Großvater mütterlicherseits: _____
Großmutter väterlicherseits: _____
Großvater väterlicherseits: _____

5. Gibt es etwas, dass sich wie ein roter Faden durch Ihre Familiengeschichte zieht (Krankheit, Verhalten, etc.)?