

Patientenfragebogen



Vorname: _____

Name: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort und Uhrzeit: _____

Tel: _____

e-Mail _____

Krankenkasse:

Gesetzlich Privat Beihilfe Spezielle Zusatzversicherung

Familienstand

Ledig Verheiratet Partnerschaft Geschieden Getrennt lebend Verwitwet

Anzahl Kinder: _____

Ausgeübter Beruf: _____

Frühere Berufe: _____

Hobbys, Haustiere: _____

Was sind Ihre aktuelle Hauptbeschwerden? Geben Sie bitte auch Beginn, Dauer, Häufigkeit und Intensität Ihrer Erkrankung an. Nehmen Sie sich Zeit zum Überlegen, und verwenden Sie bei Bedarf ein Zusatzblatt.

Unter welchen Beschwerden leiden Sie? Seit wann?

Wo genau haben Sie Schmerzen? Wie oft? Wie lange? Wie intensiv?

Welche Beschwerden belasten Sie am meisten?

Was haben Sie bisher zur Linderung Ihrer gesundheitlichen Probleme unternommen?

Welche Behandlungen haben Sie bisher und wann erhalten?

Wie erfolgreich waren diese Behandlungen:

sehr erfolgreich

teilweise erfolgreich

nicht erfolgreich

Was bessert Ihre Beschwerden? (Kälte, Wärme, Druck, Bewegung, etwas anderes)

Was verschlimmert Ihre Beschwerden?

Treten Ihre Beschwerden periodisch auf? Verlagern sie sich? Wandern?

Wie ist die Schmerzqualität?

Welche Vorerkrankungen hatten Sie? (Bitte listen Sie Ihre gesamte Krankengeschichte chronologisch auf. Fügen Sie bitte frühere Untersuchungsergebnisse bei)

Operationen / Unfälle:

Allergien:

Medikamente die Sie regelmäßig einnehmen (einschließlich Nahrungsergänzungsmitteln und Vitaminpräparaten):

Name, Grund, tägliche Häufigkeit, Einnahme seit wann?

Welche Impfungen haben Sie erhalten. Wann?

Gab es Reaktionen auf Impfungen? Z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit...

Haben Sie Infektionskrankheiten durchgemacht?

- | | | | |
|---|------------------------------------|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Keuchhusten |
| <input type="checkbox"/> Windpocken | <input type="checkbox"/> Scharlach | <input type="checkbox"/> Pfeiffersches Drüsenfieber | |
| <input type="checkbox"/> Weitere Infektionskrankheiten: | | | |

| | |
|---|---------------------|
| Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt: | |
| Allergien (wer) | Asthma (wer) |
| Diabetes (wer) | Epilepsie (wer) |
| Gefäßkrankheiten (wer) | Gicht (wer) |
| Herzkrankheiten (wer) | Rheuma (wer) |
| Krebs (wer) | Neurodermitis (wer) |
| Andere Erkrankungen: (wer) | |

Ernährung:

Hausmannskost
 Vegetarisch
 Vegan
 Mischkost
 Andere: _____

Welche Vorlieben haben Sie:

Abneigungen:

Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten?

Geschmacksvorlieben (süß, scharf, bitter, sauer, salzig):

Bevorzugen Sie kalte oder warme (heiße) Speisen und Getränke?

Wie viel trinken Sie Täglich? Was trinken Sie? Warme oder kalte Getränke?

Durchschnittliche Menge in Liter täglich:

Kaffee Schwarzer Tee Kräutertee Wasser
 Fruchtsäfte Milch Wein Bier

Haben Sie oft Durst? Oder eher selten? _____

Rauchen Sie? Wie viel?

Wie hoch ist Ihr Alkoholkonsum?

Haben Sie Beschwerden beim Wasserlassen?

Wie oft müssen Sie Wasser lassen?

Welche Farbe hat der Urin?

Verdauung:

Wie oft haben Sie Stuhlgang?

Haben Sie Beschwerden beim Stuhlgang?

Wie ist die Beschaffenheit des Stuhls (fest, weich, flüssig, breiig, hart, trocken, mit Schleimauflagerungen)

Gynäkologischer Bereich:

Menstruation:

Zyklus: _____ Dauer: _____ Beschwerden: _____

Blutmenge: _____ Blutfarbe: _____ Blutqualität: _____

Prostata:

Vergrößert Entzündungen Operation normal

Beschwerden beim Wasserlassen: _____

Schlaf:

| | |
|--|------------------------------------|
| Qualität: | |
| Wie viele Stunden schlafen Sie? | Träumen Sie viel? |
| Wie oft müssen Sie nachts Wasser lassen? | Schwitzen Sie nachts? |
| Leiden Sie unter Schlaflosigkeit? | Erwachen Sie zu bestimmten Zeiten? |
| Fühlen Sie sich nach einem ausgiebigen Schlaf erholt und frisch? | Haben Sie unruhige Beine? |

| |
|---------------------|
| Frieren Sie leicht? |
|---------------------|

| |
|---------------------|
| Schwitzen Sie viel? |
|---------------------|

| |
|--|
| Haben Sie Augenbeschwerden? |
| <input type="checkbox"/> normalsichtig <input type="checkbox"/> kurzsichtig <input type="checkbox"/> weitsichtig |
| andere Augenbeschwerden? |
| _____ |

| |
|--|
| Wie ist Ihr Hörvermögen? |
| <input type="checkbox"/> normales Hörvermögen <input type="checkbox"/> schwerhörig <input type="checkbox"/> Hörgerät <input type="checkbox"/> Taubheit |

| | |
|--------------------|----------------------|
| Wie groß sind Sie? | Wie viel wiegen Sie? |
|--------------------|----------------------|

Abschlussfrage:

| |
|---|
| Welche Erwartungen haben Sie an meine Behandlung? |
|---|

Bitte bringen Sie diesen Fragebogen ausgefüllt zum ersten Behandlungstermin mit.

Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.