Bitte füllen Sie diesen Fragebogen so genau wie möglich aus. Kreuzen Sie an, und sollte der Fragebogen Ihre Situation nicht oder nur unzureichend wiedergeben, notieren bzw. ergänzen Sie dies mit Ihren eigenen Worten in den Textfeldern. Selbstverständlich werden alle Informationen vertraulich behandelt.

|  |  |
| --- | --- |
| Name: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  | Vorname: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Straße: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | PLZ/Ort: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Geburtstag: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Bei Kindern, Eltern: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Tel. privat: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Fax: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Handy: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Mail: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Beruf: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Familienstand: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Partner: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Kinder/Geburtsjahre: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Empfehlung durch: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Hausarzt: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

Unter welchen **Beschwerden** leiden Sie?

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Gab es einen der folgenden Auslöser unmittelbar vor dem ersten Auftreten der jetzigen Beschwer­den?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Erkrankung | [ ]  OP | [ ]  Medikamente |
| [ ]  Kummer | [ ]  Trauer | [ ]  Schreck |

Etc.: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Welche **Krankheiten** sind in Ihrer Familie (Eltern, Großeltern oder Geschwister) aufgetreten? z. B.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| [ ]  Krebs | [ ]  Tuberkulose | [ ]  Multiple Sklerose | [ ]  Allergien | [ ]  Gicht |
| [ ]  Asthma | [ ]  Diabetes | [ ]  Geisteskrankheiten | [ ]  Migräne | [ ]  Gefäßerkrank. |
| [ ]  Neurodermitis | [ ]  Nierensteine | [ ]  Geschlechtskrankh. | [ ]  Gallensteine | [ ]  |
| [ ]  Rheuma | [ ]  Schuppenflechte | [ ]  Herzerkrankungen | [ ]  Schlaganfall |[ ]

Welche **Impfungen** haben Sie? z.B.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ]  Polio | [ ]  Diphterie | [ ]  Keuchhusten | [ ]  Tetanus |
| [ ]  Hepatitis | [ ]  Masern | [ ]  Mumps | [ ]  Röteln |
| [ ]  Grippe | [ ]  FSME (Zecken) | [ ]  Gelbfieber | [ ]  Cholera |
| [ ]   |[ ] [ ] [ ]

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

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Welche **Infektionskrankheiten** haben Sie durchgemacht? z. B.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ]  Masern | [ ]  Mumps | [ ]  Röteln | [ ]  Windpocken |
| [ ]  Keuchhusten | [ ]  Kinderlähmung | [ ]  Scharlach | [ ]  Pfeiffersches Drüsenfieber |
| [ ]  Salmonellose | [ ]  Ruhr | [ ]  Malaria | [ ]  Gonorrhöe |
| [ ]  Syphilis |[ ] [ ] [ ]

Haben Sie **Allergien**? z. B. Pollen, Lebensmittel, etc.

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Haben Sie **Kopfschmerzen**? [ ]  häufig [ ]  selten

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ]  Stirn | [ ]  Augen | [ ]  Schläfen | [ ]  Hinterkopf |
| [ ]  morgens | [ ]  abends | [ ]  beidseitig | [ ]  einseitig |
| [ ]  Migräne | [ ]  Clusterkopfschmerz | [ ]  rechts | [ ]  links |

Etc.: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Haare** Haben Sie Haarausfall? [ ]  kreisrunder, [ ]  vereinzelter, seit wann? Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Augen**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| [ ]  Entzündungen | [ ]  trocken | [ ]  Tränenfluss | [ ]  kurzsichtig | [ ]  weitsichtig |
| [ ]  alterssichtig | [ ]  grüner Star | [ ]  grauer Star |

Etc.: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Ohren** [ ]  Entzündungen, [ ]  Tinnitus links, [ ]  rechts, seit wann? Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Schwerhörigkeit, [ ]  rechts, [ ]  links, [ ]  beidseitig, seit wann? Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Hörgeräte, [ ]  rechts, [ ]  links, [ ]  beidseitig, seit wann? Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Zähne/Kiefer**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| [ ]  Füllungen | [ ]  Amalgam | [ ]  Kunststoff | [ ]  Gold | [ ]  Keramik |
| [ ]  Brücken | [ ]  Prothesen |

Wurde Amalgam entfernt? [ ]  Ja, wann?Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. [ ]  nein

Wurde eine Amalgamausleitung gemacht? [ ]  Ja, wann Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben., [ ]  nein

**Nase** [ ]  OP, [ ]  Nebenhöhlenentzündungen, [ ]  behinderte Atmung, etc.: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Mandeln** [ ]  OP, [ ]  häufige Mandelentzündungen, [ ]  als Kind, [ ]  heute, etc.: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Schilddrüse** [ ]  OP, [ ]  Vergrößerung, [ ]  Überfunktion, [ ]  Unterfunktion

**Herz**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ]  Beschwerden | [ ]  Angina Pectoris | [ ]  Infarkt | [ ]  Rhythmusstörungen |

Etc.: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Lunge** [ ]  Bronchitis, [ ]  Atemnot, [ ]  Asthma, [ ]  häufig Husten,

Auswurf - Farbe Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Leber** [ ]  Entzündungen, [ ]  Hepatitis, [ ]  Fettleber

**Galle** [ ]  OP, [ ]  Druck im Oberbauch, [ ]  Steine, [ ]  Koliken, [ ]  Fettunverträglichkeit

**Magen** [ ]  Gastritis, [ ]  Sodbrennen, [ ]  Völlegefühl, [ ]  Aufstoßen, [ ]  Appetitlosigkeit,

etc.: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Darm** [ ]  Blinddarm OP, [ ]  Entzündungen, [ ]  Blähungen, [ ]  Hämorrhoiden,

etc.: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Stuhlgang wie oft? Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben., [ ]  Verstopfung, [ ]  Durchfall

**Arme** [ ]  OP, [ ]  Verletzungen, [ ]  Schmerzen, [ ]  Tennisellenbogen, [ ]  Kribbeln, [ ]  kalte Hände,

etc.: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Beine** [ ]  OP, [ ]  Verletzungen, [ ]  Schmerzen, [ ]  Krampfadern, [ ]  Kribbeln, [ ]  kalte Füße,

 [ ]  Taubheitsgefühl, [ ]  Schwellungen, etc. Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Rücken** [ ]  Skoliose, [ ]  HWS, [ ]  BWS, [ ]  LWS, [ ]  Rheuma, etc.: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Haut und Nägel** [ ]  Verbrennungen, [ ]  Geschwüre, [ ]  Hautjucken, [ ]  Warzen, [ ]  Pilze,

etc.: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Narben** [ ]  nein, [ ]  ja – wo Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Gynäkologie**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| [ ]  OP | [ ]  Zysten | [ ]  Fehlgeburten | [ ]  Ausschabungen | [ ]  Ausfluss |
| [ ]  Tumore | [ ]  Geburten | [ ]  Eierstockentzündung | [ ]  Geschlechtskrankheiten | [ ]  Myome |

etc.: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Verhütungsmittel** welches? Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

seit wann? Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Erste **Regelblutung** mit Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Letzte Regelblutung, wann? Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Prostata** [ ]  OP, [ ]  vergrößert, [ ]  Beschwerden beim Wasserlassen,

seit wann? Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Niere / Blase** [ ]  Nierensteine, [ ]  Entzündungen, [ ]  häufig, etc.: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Harn** [ ]  viel, [ ]  wenig, [ ]  häufig, [ ]  unfreiwilliger Harnverlust, [ ]  schmerzhaft,

[ ]  Geruch Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Allgemeines:**

|  |  |
| --- | --- |
| Körpergröße Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | KörpergewichtKlicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| BlutgruppeKlicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | BlutdruckKlicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

Welche **Medikamente** nehmen Sie zurzeit ein? Bitte Beipackzettel mitbringen

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Nahrungsergänzungsmittel**? [ ]  Nein, [ ]  ja – Welche, wie oft und seit wann?

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Abführmittel**? [ ]  Nein, [ ]  ja – Welche, wie oft und seit wann?

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Rauchen Sie**? [ ]  Nein, [ ]  ja – Wie viel und seit wann?

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Leben Sie nach bestimmten **Ernährungsgewohnheiten**? [ ]  Nein, [ ]  ja, welche? Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Verlangen** nach

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| [ ]  süß | [ ]  sauer | [ ]  pikant | [ ]  salzig |  |
| [ ]  Fleisch | [ ]  Eier | [ ]  Obst | [ ]  Nikotin | [ ]  Alkohol |

**Abneigungen** gegen

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ]  süß | [ ]  sauer | [ ]  pikant | [ ]  salzig |
| [ ]  Fleisch | [ ]  Eier | [ ]  Obst | [ ]  Fisch |

**Welche Getränke nehmen Sie zu sich?** [ ]  Kaffee, [ ]  Tee, [ ]  Saft, [ ]  Wasser, [ ]  Alkohol,

etc.: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Wie viel trinken Sie pro Tag? Ca. Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. Liter

Treiben Sie regelmäßig Sport? [ ]  Nein, [ ]  ja – Welchen, wie oft und seit wann?

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Chronologie Ihrer Krankengeschichte

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Bitte erfassen Sie alle bisherigen **Erkrankungen, Verletzungen** und **Operationen**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Datum Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.