

## Fragebogen für Patienten

Liebe Patientin, lieber Patient

Sie erleichtern mir die Arbeit, wenn Sie vor Ihrem ersten Termin die folgenden Fragen möglichst genau beantworten. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Tel.-Nummern: \_\_\_\_\_

Krankenkassen-Zusatz: \_\_\_\_\_

### Welche Beschwerden möchten Sie bei mir behandeln lassen?

---

---

---

Seit wann haben Sie diese Beschwerden, wann treten diese auf, wodurch werden sie ausgelöst?

---

---

---

Bei den folgenden Fragen können Sie die jeweils passende Antwort unterstreichen. Wenn nötig, bitte ich Sie um ergänzende Angaben.

Durchgemachte Erkrankungen, Unfälle, Operationen. Bestrahlungen, Computertomogramme etc. (Wann?, Details)

---

---

---

Erkrankungen: Herpesvirusinfektionen, Pfeiffersches Drüsenfieber, Warzen, Angina, Gallenblasen-Leberprobleme, Nierenprobleme, Blasenentzündungen, Narben, Pilzinfektionen, Prostataentzündungen, Geschlechtskrankheiten

---

---

---

### Durchgemachte Kinderkrankheiten:

Masern, Mumps, Röteln, Scharlach, Windpocken, Keuchhusten, Ringelröteln, Kinderlähmung, falscher/echter Krupp.

Anderes:-

---

Durchgeführte Impfungen: (Bitte Kopie des Impfausweises beilegen)

Diphtherie, Tetanus, Kinderlähmung, Hirnhautentzündung, Zeckenimpfung (FSME)  
Gelbfieber, Gelbsucht (Hepatitis A, B, ), Tuberkulose, Grippeimpfung (Jahr? \_\_\_\_\_)  
Thyphus, weitere:

---

Nebenwirkungen?

---

Genussmittel: Nikotin, Alkohol, Drogen (was in welchen Mengen?)

---

Früher eingenommene oder jetzt einzunehmende Medikamente? (Name, Dosierung)  
(speziell auch: Antibiotika, Asthmamittel, Cortison, Hormonpräparate, Krebsmittel)

---

---

---

Allergien, Unverträglichkeiten (auch Nahrungsmittel)

---

---

---

Sind Allergietests durchgeführt worden? Mit welchem Resultat? Welche Therapie?

---

---

Sind in Ihrer Verwandtschaft Fälle bekannt von Diabetes, Tuberkulose, Krebserkrankungen,  
Geschlechtskrankheiten, Geisteskrankheiten, andere Krankheiten? \_\_\_\_\_

---

Leiden oder litten Sie an folgenden Symptomen? (Zutreffendes Unterstreichen)

Haut: Hautschuppung, Rötung, Juckreiz, Nesselsucht, Pigmentstörungen,  
Haarausfall, Milchschorf, Schuppen, Nachtschweiss, vermehrtes Schwitzen  
Anderes: \_\_\_\_\_

Kreislauf: Herzbeschwerden, (Herzklopfen, anfallsweise Herzklopfen, unregelmässiger  
Puls, Herzrhythmusstörungen, Schwindel, Blutdruck hoch / tief, kalte Füsse  
resp. Hände  
Anderes: \_\_\_\_\_

Atmung: Atemnot, Asthma (jahreszeitlich, wann: \_\_\_\_\_), Pfeifen,  
Reizhusten, Husten, (ohne/mit Auswurf,  
Farbe: \_\_\_\_\_), Räuspern, Nasenbluten, Schnarchen,  
Heuschnupfen (wann? \_\_\_\_\_), trockene/verstopfte/fliessende  
Nase, Nebenhöhlenentzündungen, Lungenentzündungen,  
Anderes: \_\_\_\_\_

Mundhöhle: Aphten, Mundgeruch, Zungenbeläge, Fieberbläschen, entzündetes Zahn-  
fleisch, Zahnfleischbluten, verfärbtes Zahnfleisch, Zungenbrennen,  
Mundtrockenheit, Schleim im Rachenraum  
Anderes: \_\_\_\_\_

Zähne: Zahnstellungskorrekturen, Karies, Zahnfüllungen (Amalgam, Gold, Porzellan, Kunststoff, Andere: \_\_\_\_\_). Sind Zähne gezogen worden? Welche: \_\_\_\_\_

	rechts								links							
oben	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
unten	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Verdauung: Schluckbeschwerden, Aufstossen, Magenbrennen, Blähungen, Übelkeit, Krämpfe/Schmerzen (dauernd/anfallsweise/krampfartig, wann? \_\_\_\_\_), Wo? \_\_\_\_\_), Windabgang (stinkend/nicht stinkend). Stuhlgang: regelmässig/unregelmässig. Wie oft? Pro Woche/Tag: \_\_\_\_\_ Durchfälle, Verstopfung, Blut am/im Stuhl. Farbe des Stuhles? \_\_\_\_\_ Konsistenz? \_\_\_\_\_ Anderes? \_\_\_\_\_

Nerven: Geschmackstörungen, Geruchsstörungen, Hörstörungen, Ohrgeräusche, Schwerhörigkeit, Sensibilitätsstörungen, Reizbarkeit, Stimmungsschwankungen, Antriebslosigkeit, rasche Ermüdbarkeit, Konzentrationsstörungen, Schmerzen, Taubheitsgefühl, Lähmungen, Gleichgewichtsstörungen. Anderes: \_\_\_\_\_

Gynäkologie: Unregelmässige/schmerzhafte/starke/schwache Menstruation. Schmerzen beim Eisprung, Missmutig um die Menstruation, Wasseransammlungen, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr. Vermehrter Ausfluss (stinkend, weiss, klar), Blutungen nach dem Geschlechtsverkehr (ausserhalb der Menstruation, wiederkehrende Pilzinfektionen, durchgemachte Unterleibsentzündungen, Blasenentzündungen, Brustveränderungen. Anderes: \_\_\_\_\_

Bewegung: Nackenverspannungen, Rückenschmerzen wo? \_\_\_\_\_ Gelenkschmerzen (welche Gelenke? \_\_\_\_\_) Knochen/Muskelschmerzen, Muskelschwäche, Rheuma. Anderes: \_\_\_\_\_

Schmerzausstrahlung, wohin?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Schmerzcharakter: Dumpfe, pochende, brennende, ziehende, stechende, schneidende, pulsierende Schmerzen?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Begleitende Symptome?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Schmerzintensität: bitte kreuzen Sie die Intensität auf der Skala (0 = keine Schmerzen, bis 10 (stärkste Schmerzen))

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schmerzhäufigkeit: einmal täglich, mehrmals am Tag, mehrmals pro Woche, mehrmals im Monat, mehrmals im Jahr. Schmerzdauer: \_\_\_\_\_

Schmerzzeitpunkt: Wann treten die Schmerzen überwiegend auf?  
Nachts, tagsüber, an Wochentagen, an Wochenenden, morgens, mittags, abends?

**Speziell für Kopfschmerz/Migränepatienten:**

Genauer Schmerzort: Wo genau breiten sich Ihre Schmerzen aus?

---

Leiden Sie an den folgenden Symptomen?

*Kurz vor dem Anfall: Sehstörungen, Farberscheinungen, Flimmern vor den Augen, Lichtscheu, Geräuschempfindlichkeit, Schwindel, Gleichgewichtsstörungen, Schweissausbrüche, Appetitlosigkeit, Nervenkrabbeln, allgemeines Unlustgefühl.*

Im Anfall: Übelkeit, Erbrechen, bitterer Geschmack im Mund, Gesichtsrötung  
Wie lange dauern diese Beschwerden?

---

Welche Ursachen können bei Ihnen einen Migräneanfall auslösen?

*Sonneneinwirkung, flimmernde Lichtreize, Wetterveränderungen, Jahreszeiten, Nahrungsmittel (Alkohol, Milchprodukte, Süßigkeiten, Obst?), Schlafdauer, (länger/kürzer als gewöhnlich), seelische Belastungen, Störungen des Menstruationszyklus (treten Anfälle vor der Blutung, nach der Blutung, in Zyklusmitte, während der Blutung auf?)*

---

Gefühlswelt: Sorgen Sie sich häufig?

Welche Gefühle haben Sie häufig? Angst, Ärger, Wut, Trauer, Verzweiflung, \_\_\_\_\_

---

Ernährung: Vegetarisch, gemischt, Vollwert, Trennkost? Andere: \_\_\_\_\_

Auf welche Nahrungsmittel verzichten Sie? \_\_\_\_\_

Mikrowelle, Fertiggerichte, Fast Food, Wie häufig? \_\_\_\_\_

Was und wie viel trinken Sie pro Tag?

---

Diverses:

Infektanfälligkeit?

---

Haustiere welche?

---

Reaktionen auf Haustierkontakt?

---

Schmuckunverträglichkeit? Auf welchen?

---

Schlafqualität: Gut/schlecht?. Warum schlecht?

\_\_\_\_\_  
Schlafen Sie überall gut? Ja/nein. Wenn nein, warum?

\_\_\_\_\_  
Sport? Ja/nein? Wenn ja, welchen und wie häufig?

\_\_\_\_\_  
Handy? Ja/nein? Wie lange telefonieren Sie pro Tag? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
TV Konsum? Ja/nein? Wenn ja, wie lange pro Tag? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Bildschirmarbeit? Ja/nein? Wenn ja, wie lange pro Tag? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Tätowierungen, Piercing? Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Brauchen Sie ein Hörgerät? Wenn ja seit wann? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Brauchen Sie eine Brille? Falls ja, welche Korrektur u. seit wann? \_\_\_\_\_

AHV Nr: \_\_\_\_\_ Vers.Nr: \_\_\_\_\_

**Bitte um Kenntnisnahme: Sollten Sie den vereinbarten Therapie Termin nicht 24 h vorher absagen, wird Ihnen die Sitzung verrechnet.**

Datum:

Unterschrift: