

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

Nebenwirkungen?

Nikotin, Alkohol (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?

Wie ist Ihr Schlaf? 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? _____

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

Datum:

Unterschrift: