

Aufnahme-Bogen

Um Sie ganzheitlich behandeln zu können, benötige ich grundlegende Informationen über Ihren Gesundheitszustand. Bitte füllen Sie den vorliegenden Fragebogen in Ruhe aus um unser gemeinsames Erstgespräch bestmöglich vorzubereiten. Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Nachname:	Vorname:
Anschrift: _____ _____	SV-Nummer: _____ Gesetzliche Krankenkasse: _____
Geburtsdatum:	Zusatzversicherung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Tel. Nr.:	E-mail:
Beruf:	Zuweisender Arzt/zuweisende Ärztin:
Aktuelle Körpergröße: _____ cm	Aktuelles Körpergewicht: _____ kg

Aufgrund welcher Beschwerden wünschen Sie eine Behandlung?	_____ _____
Frühere Erkrankungen Familiäre Erkrankungen/ Erbkrankheiten:	_____ _____ Jahreszahl: _____ .
Frühere Operationen:	_____ _____ Jahreszahl: _____ . Gab es Komplikationen oder postoperative Beschwerden? Wenn ja, welche? _____ Art der Narkose: <input type="checkbox"/> Vollnarkose <input type="checkbox"/> Teilnarkose <input type="checkbox"/> Kreuzstich <input type="checkbox"/> lokal
Frühere Unfälle, Verletzungen, Stürze, Brüche etc.	_____ _____ Jahreszahl: _____ .

Nachstehend beantworten Sie bitte die einzelnen Punkte wie folgt:

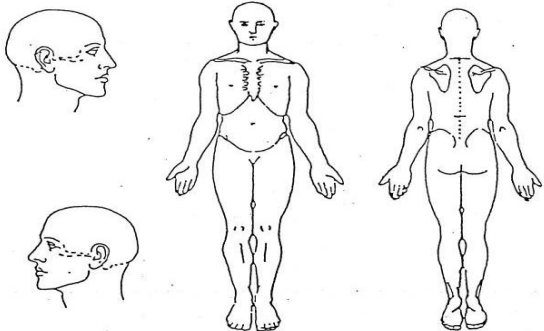
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4
	nein/nie	leicht/gelegentlich	stärker/häufig	ausgeprägt, sehr oft
			1-----2-----3-----4	
Allgemeine Abgeschlagenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durst vermindert/vermehrt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appetit vermindert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nächtliche Schweißausbrüche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infekte/Erkältungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ungewollte Gewichtszu- oder -abnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Schlafen Sie gut?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wie viele Stunden pro Nacht? _____
	Einschlafprobleme: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Durchschlafprobleme: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Haben Sie besondere Essgewohnheiten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wenn ja, welche? _____
	Nahrungsergänzungsmittel: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wenn ja, welche? _____
Wie viel trinken Sie pro Tag?	_____ Liter.	Welcher Art? _____
Treiben Sie regelmäßig Sport?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wenn ja, welchen? _____
	Wie häufig pro Woche? _____	
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wenn ja, welche? _____
	wofür? _____	Dosierung: _____
	Blutverdünner: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Cortisonhaltige Präparate: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zusätzliche Einnahme in den letzten zwei Wochen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wenn ja, welche? _____
	wofür? _____	Dosierung: _____
Einnahme von Antibiotika im vergangenen Jahr?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wenn ja, wie oft bzw. wie lange? _____

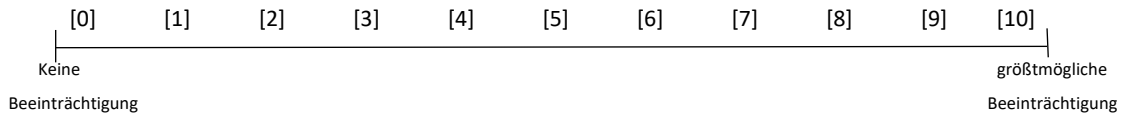
Haben Sie Verdauungsprobleme?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wenn ja, welche?
	<input type="checkbox"/> Völlegefühl/Übelkeit	<input type="checkbox"/> Bauchkrämpfe
	<input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> Verstopfung
	<input type="checkbox"/> Sonstige: _____	<input type="checkbox"/> Blähneigung
		<input type="checkbox"/> Hämorrhoiden
Haben Sie regelmäßigen Stuhlgang?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wie häufig pro Tag/Woche? _____
	Haben Sie Schmerzen beim Stuhlgang?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie unter Blasenschwäche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Haben Sie unverhältnismäßig häufigen Harndrang?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Haben Sie Schmerzen beim Urinieren?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Leiden Sie unter Blasenentzündungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Haben oder hatten Sie eine Zahn-/Kieferregulation/Zahnspange?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, wann? _____ Haben Sie einen Zahnersatz? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, wo? _____ Knirschen Sie nachts mit den Zähnen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind folgende Grund- bzw. Vorerkrankungen bekannt?	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen <input type="checkbox"/> Gefäßkrankungen <input type="checkbox"/> Gicht <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüber-/unterfunktion <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Hoher Cholesterinspiegel <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankung <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung <input type="checkbox"/> Krebserkrankung <input type="checkbox"/> Rheuma <input type="checkbox"/> nichts davon.
Sind Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, welche? _____
Leiden Sie unter:	<input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden <input type="checkbox"/> Heiserkeit <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Sodbrennen <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> nichts davon.
Haben Sie zuletzt vermehrt Folgendes wahrgenommen:	<input type="checkbox"/> Konzentrationsschwäche <input type="checkbox"/> Unruhe <input type="checkbox"/> Leistungsabfall <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen <input type="checkbox"/> Angstgefühle <input type="checkbox"/> nichts davon.

Haben Sie leibliche Kinder?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, wie viele? _____ Geburtsjahr: _____
Frauen: Gab es Komplikationen in Schwangerschaft, Geburt oder danach?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, welche? _____ Haben Sie Schmerzen beim Verkehr? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Frauen: Haben Sie einen regelmäßigen Menstruationszyklus?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wann zuletzt? _____ Haben Sie Menstruationsbeschwerden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Haben Sie unregelmäßige Blutungen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Verhüten Sie? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, womit? _____ <input type="checkbox"/> Ich befinde mich in den Wechseljahren seit _____ Haben Sie Beschwerden in den Wechseljahren? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche? _____

<p>Wo haben Sie Beschwerden?</p> <p>Bitte zeichnen Sie möglichst genau den Symptombereich, sowie mögliche Ausstrahlungen in der Skizze ein.</p> <p>Gibt es dazu noch andere Körperstellen, die Ihnen Beschwerden bereiten?</p>	
Quelle: ContinuingEdCourses.net. Mit Genehmigung zur Verfügung gestellt	

Schätzen Sie den Grad der Beeinträchtigung auf einer Skala von 0 bis 10:



Seit wann besteht die Problematik?	_____
	Gab es einen Auslöser? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, welchen? _____
Hat sich die Problematik seitdem verändert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, inwiefern? _____
Wie oft sind die Beschwerden vorhanden?	<input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/> ___ x am Tag <input type="checkbox"/> ___ x pro Woche
Wann sind die Beschwerden vordergründig präsent?	<input type="checkbox"/> in Ruhe <input type="checkbox"/> in Bewegung <input type="checkbox"/> nach der Bewegung <input type="checkbox"/> bei Belastung <input type="checkbox"/> nach der Belastung <input type="checkbox"/> tagsüber <input type="checkbox"/> in der Nacht <input type="checkbox"/> bei Wärme <input type="checkbox"/> bei Kälte <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
Gibt es etwas, das die Beschwerden verbessert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, was? _____
Versuchen Sie bitte, die Beschwerden zu beschreiben:	<input type="checkbox"/> ziehend <input type="checkbox"/> bohrend <input type="checkbox"/> brennend <input type="checkbox"/> stechend <input type="checkbox"/> klopfend <input type="checkbox"/> drückend <input type="checkbox"/> kribbelnd <input type="checkbox"/> krampfend <input type="checkbox"/> dumpf <input type="checkbox"/> beengend <input type="checkbox"/> kolikartig <input type="checkbox"/> sonstiges: _____
Gibt es folgende Begleiterscheinungen zur Problematik?	<input type="checkbox"/> Hautrötung <input type="checkbox"/> Blässe <input type="checkbox"/> Schwellung <input type="checkbox"/> Schwitzen <input type="checkbox"/> Empfindlichkeit <input type="checkbox"/> Taubheit <input type="checkbox"/> Kribbeln <input type="checkbox"/> Muskelschwäche <input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkung <input type="checkbox"/> Gleichgewichtsstörung <input type="checkbox"/> Gangunsicherheit <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit oder Atemnot <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Tinnitus <input type="checkbox"/> Kopfschmerz <input type="checkbox"/> Sehstörungen <input type="checkbox"/> Hörstörung <input type="checkbox"/> Sonstige: _____
Bisherige Behandlung:	_____
	Mit welchem Erfolg? <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> unzureichend
Was ist ihr persönliches Behandlungsziel, was möchten Sie erreichen?	_____ _____

Ich bestätige, den vorliegenden Fragebogen gewissenhaft ausgefüllt zu haben und die Richtigkeit der Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift