



Fragebogen Erstbesuch

Name, Vorname	
Straße	PLZ Ort
Geb.-Datum	Telefon
Email	

Beruf	Größe/ Gewicht
Familienstand/ Kinder	

Anschrift Ihres nächsten Angehörigen mit Telefonnummer:

Name, Vorname	Telefon:
Straße:	Ort:

Versicherung: gesetzlich Beihilfe/Post Privatversicherung privat zusatzversichert

Name der Versicherung:.....

Ihre Versicherungsnummer:.....

Anleitung: Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten die Fragen bitte mit eigenen Worten beantworten.

Bitte geben Sie hier Ihre jetzigen Hauptbeschwerden an:

(Aufführen der Symptome, gesundheitlichen Probleme und körperlichen sowie psychischen Befindlichkeitsstörungen, bitte ordnen Sie nach Wichtigkeit) – ggf. Rückseite benutzen

1.

2.

3.

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden? z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente, usw.

.....

Bisheriger Krankheitsverlauf:

Wann wurde die Hauptdiagnose gestellt? Welche Behandlungen erfolgten wann und mit welchem Erfolg?

.....

.....

.....

Haben Sie bisher etwas zur Linderung der Beschwerden unternommen, wenn ja, was? (z.B. regelmäßige Wirbelsäulengymnastik, Rückenschule, Lungensport, regelmäßiges Fitnesstraining, Ernährungsumstellung, Gewichtsreduktion, Nikotinkarenz, etc.)

.....
 Sind Sie in eine Selbsthilfegruppe integriert? ja nein Wenn ja, in welcher:

Weitere Erkrankungen – Welche weiteren Erkrankungen treffen für Sie zu!

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Migräne/ Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Durchfall/Verstopfung |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Depressionen | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen |
| <input type="checkbox"/> Nierenbeschwerden | <input type="checkbox"/> Hautkrankheiten | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Arthrose/ Gicht |
| <input type="checkbox"/> Herzleiden | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenbeschwerden | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Asthma Bronchiale | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung | <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfälle |
| <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Pilze | <input type="checkbox"/> Gastritis/ Magengeschwür |
| <input type="checkbox"/> Sonstige | | |

Hatten Sie eine/ mehrere der folgenden Kinderkrankheiten?

- | | | | |
|------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| Masern | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| Röteln | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| Windpocken | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| Mumps | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| Scharlach | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> weiß nicht |

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt?

z.B. Krebs, Tuberkulose, psychische Erkrankungen, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne.

Sonstiges:

Verwandtschaftsgrad	Erkrankung
Vater	
Mutter	
Bruder/Schwester	
Großmutter	mütterlicherseits: väterlicherseits:
Großvater	mütterlicherseits: väterlicherseits:

Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen/Migräne? ja nein Wenn ja, wie häufig

Haare Haarausfall, kreisrunder, vereinzelter, seit wann

Augen Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, Grauer Star, Macula-Degeneration
usw.....

Ohren Tinnitus links/ rechts seit, Schwerhörigkeit

Zähne/ Kiefer Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? ja nein

Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? ja nein

Haben Sie wurzelbehandelte Zähne?

Zahnfüllmaterialien Amalgam Kunststoff Gold Keramik Zement

Nase Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung, verstopft

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? ja nein

welche:

Mandeln Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind/ heute

Schilddrüse Überfunktion, Unterfunktion, Autoimmunerkrankung, Vergrößerung, Operation

Brust/Bauch

Herz Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen

Lunge Bronchitis, häufig Husten

Leber Entzündung, Hepatitis, erhöhte Leberwerte

Galle Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit

Magen Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Schmerzen, Sodbrennen

Darm Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen,
Würmer als Kind / heute

Stuhlgang täglich, jeden 2.,3.,4. Tag, unregelmäßig, übel riechend

Neigung zur Verstopfung / Durchfall, wechselhaft

Stuhl hell, dunkel, übel riechend, hart, knollig, schmierig, ich kann

Stuhl nicht halten, Gefühl, nicht fertig zu werden

Rücken – Arme – Beine – Haut

- Arme** Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände
- Beine** Schmerzen, Krampfadern, Verletzungen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl
- Rücken** Beweglichkeit eingeschränkt, Verspannungen, Belastungen, Schmerzen
- Haut/ Nägel** Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, eingewachsene
Nägel, Nagelbettentzündungen, Nägel brüchig, reißen ein
- Narben** Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben?
O ja – bitte beim Besuch zeigen O nein

Unterleib – Gynäkologie

- Gynäkologie** Ausfluss, Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Tumore,
Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten
- Menstruation** Wann war die erste Menses .?.....
Wann die letzte?.....
Beschwerden vor – nach – während der Regel –
welche
Wechseljahrsbeschwerden
- Nehmen Sie Verhütungsmittel** Welche
- Prostata** vergrößert, Entzündungen gehabt, Beschwerden beim Wasserlassen etc.
- Niere/ Blase** Nierensteine, Entzündungen –häufig.....
- Harn** viel, wenig, häufig, kann nicht halten, Geruch nach
- Sexualität** vermindert, verstärkt, unbefriedigt, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr
Erektionsschwierigkeiten, Orgasmusschwierigkeiten
Sonstiges:

Allgemeines

Ihre Blutgruppe Blutdruck zu hoch/ zu niedrig

Rauchen Sie? Wie viele Zigaretten am Tag?

Auf einer Skala von 1–10, wobei 10 optimal wäre, wie viel Energie haben Sie?

Treiben Sie Sport? Welchen?

Haben Sie Hobbys? Welche?

Schlaf Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit), Schwierigkeiten beim

Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß,

heiße Füße, Zähneknirschen

Nehmen Sie Schlafmittel O ja O nein

Schlafenszeit übliches zu Bett gehen übliches Aufstehen.....

Leiden Sie an einer psychischen Störung? O ja O nein

Welche:

Wird diese zur Zeit behandelt? O ja O nein

durch wen:

Leiden Sie an einer Abhängigkeitserkrankung? O ja O nein

(z.B. Alkoholkrankheit)

Welche:

Familie O verheiratet O ledig O geschieden O verwitwet O in Partnerschaft

Kinder O ja O nein wie viele:..... eigene:.....

Wohnsituation O zur Miete O Eigentum O Wohnung O Haus O Etage

Höchster Schulabschluss

Erlerner Beruf

Derzeit ausgeübte Tätigkeit Seit wann?.....

O Erwerbstätigkeit O in Ausbildung O Arbeitslosigkeit O Hausfrau/ -mann

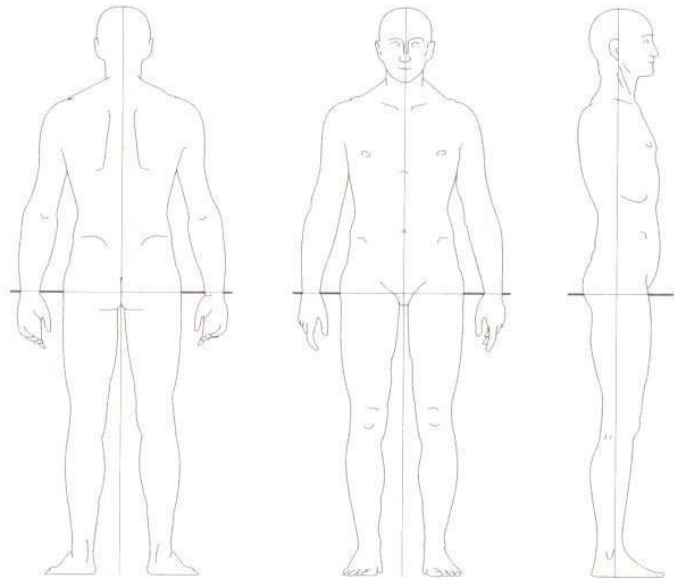
O Selbständigkeit O Kein eigenes Einkommen O Sonstiges.....

Schmerzfragen

Wo treten Schmerzen auf?

Bitte kennzeichnen

- Kreuz – punktförmiger Schmerz
- Linie – unklare Schmerzlokalisation
- Pfeil – ausstrahlender Schmerz



Schmerzskala für den Hauptschmerz

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
schwach		mittel			sehr		stark		

Seit wann haben Sie die Schmerzen?

Gab es ein auslösendes Ereignis?

Wie oft haben Sie die Schmerzen?

immer, mehrmals am Tag, alle paar Tage,
wöchentlich, seltener

Welche Ereignisse verschlimmern?

körperliche Belastung, längeres Stehen, Sitzen,
Gehen, Stress, Kälte, Wärme, Nahrungsmittel,
Husten, Niesen, Tageszeit, Wetterlage,
Monatsblutung, Sonstiges

Welche Ereignisse verbessern?

Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Sport,
Schmerzmittel, Urlaub

Angaben zum behandelnden Hausarzt sowie Facharzt (Onkologe, Urologe, etc.) mit

Telefonnummer:

Name, Hausarzt	Telefon:
Straße:	Ort:

Name, Facharzt	Telefon:
Straße:	Ort:

Ernährung

Essen Sie vegetarisch oder vegan?

Bitte notieren Sie, welche Nahrungsmittel Sie vorgestern und gestern gegessen haben?

vorgestern

gestern

morgens

mittags

abends

Zwischenmahlzeiten

Wo nehmen Sie für gewöhnlich Ihre Mahlzeiten ein?

Zu Hause

unterwegs

Kantine

Restaurant

Haben Sie Heißhunger, auf...?

Salz / Süßes / Saures / Fettiges / Sonstiges

Besteht eine Laktose-, Fruktose- oder Glutenunverträglichkeit?

Welche Lebensmittel vertragen Sie nicht?.....

.....

Gegen welche Lebensmittel besteht eine Abneigung?.....

Bereiten Sie Ihre Mahlzeiten selber zu?

nie

selten

häufig

meist

Verwenden Sie Fertiggerichte?

nie

selten

häufig

meist

Wie schätzen Sie Ihre Ernährung / Lebensmittelauswahl ein?

Ausgewogen

eher einseitig

unterschiedlich

Wie viel Liter trinken Sie pro Tag?

Welche Getränke trinken Sie?

Krankengeschichte

Chronologie der Krankengeschichte

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen, Unfälle und Operationen, die Sie durchgemacht haben in zeitlicher Reihenfolge mit Jahreszahl.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Gemüt

Leiden Sie unter Ängsten? Alleinsein, Dunkelheit, Höhenangst, Krankheiten etc.

Sind Sie oft reizbar?

Leiden Sie unter anhaltendem Kummer?.....

Haben Sie finanzielle Sorgen?.....

Was ist Ihre größte Sorge im Leben?

Grollen Sie jemandem?.....

Was ist Ihr größter Wunsch? Welche Ziele haben Sie im Leben?.....

Bitte bringen Sie die für die Behandlung wichtigen Untersuchungsbefunde wie z.B. Krankenhausberichte und eventuell Röntgen-, CT- und MRT-Berichte oder -bilder (nicht älter als 2 Jahre) zum Termin mit. Ihr Hausarzt wird Ihnen diese auf Anfrage aushändigen

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben:

Datum:.....

Unterschrift:.....