

Sehr geehrte/r Patient, ich bitte Sie, sich einige Minuten Zeit zu nehmen und den vorliegenden Fragebogen auszufüllen. Bei Fragen helfe ich Ihnen beim Ersttermin gerne weiter.

Personalien

Name, Vorname	
Adresse	
Telefon (Festnetz und mobil)	
E-Mail-Adresse	
Geburtsdatum	
Krankenkasse	
Beruf	
Konsultationsgrund	

akute Beschwerden

wo	
seit wann	
wann (Tageszeit/in Ruhe/ bei Belastung)	
Wie ist der Schmerz	ziehend / brennend / kribbeln / tiefliegend / oberflächlich
Schmerzintensität (1-wenig bis 10-stark)	
Begleiterscheinungen	
Provokation des Schmerzes durch	
Linderung des Schmerzes durch	
bisherige Maßnahmen	
behandelnder Arzt	

Krankengeschichte

Überstandene schwere Erkrankungen (wann und was)	
Unfälle/Stürze (wann, wodurch, Folgen)	
Operationen- auch im Kindesalter (wann und was)	

Welche Medikamente nehmen sie regelmäßig ein?

.....

Sonstige Erkrankungen

Stoffwechsel/Verdauung z.B. Diabetes;Schilddrüse; Leber/Galle; Magen/Darm	
Skelettsystem (falls oben noch nicht erwähnt) Wirbelsäule;Gelenke	
Herz-Kreislauf-System (Blutdruck; Rhythmusschwankungen)	
Atmungsorgane (Husten, Bronchitis, Asthma, COPD, Atemprobleme)	
Urogenitalbereich (Blasenentzündungen; Prostatabeschwerden)	
Gynäkologie (Anzahl der Geburten; Menstruationsstörung;.....)	
Hauterkrankungen/Allergien	
neurologische Erkrankungen (Lähmungen; Sensibilitätsstörungen;.....)	
Kieferprobleme (knacken; knirschen; Schmerzen;.....)	
bösartige Erkrankungen	
psychische Erkrankungen/Belastungen	

Familienanamnese (häufige Erkrankungen in der Familie)

Herz-Kreislauf-Erkrankungen	
rheumatischer Formenkreis	
bösartige Erkrankungen	

Allgemeines

Schlafverhalten	erholsam	schnarchen	knirschen
	Einschlafprobleme	Durchschlafprobleme	
Essverhalten	normal	kein/wenig Appetit	
	Heißhungerattacken		
Durst	normal		übermäßig
Gewichtsschwankungen	nein	ja - wenn ja, wieviel	
nächtliches Schwitzen	nein	ja	
nächtliches Toilettengang	nein	ja -wenn ja, wie oft	
Stuhlgang	regelmäßig	sehr fest	sehr weich
Sodbrennen	nein	ja - wenn ja, wo	
Kopfschmerzen	nein	ja -wenn ja, wie oft	
Konzentrationsfähigkeit	normal		schlecht
Zahnspange/Prothese/Knirscherschiene			
Schuheinlagen/-erhöhungen			
sportliche Aktivität	regelmäßig	wenig	nie

Datum:.....

Unterschrift:.....