

Fragebogen

Name: _____

Geburtstag: _____

Vorname: _____

Familienstand: _____

Strasse: _____

Tel. privat _____

PLZ – Ort: _____

Tel. geschäftlich _____

Hausarzt: _____

E-Mail: _____

Über wen kommen Sie zu uns? _____

Versicherung: ☐ Gesetzlich (AOK, DAK, usw.)
☐ Private Zusatzversicherung

☐ Beihilfe

Beruf / Schulklasse: _____

Bei Kindern: Name des Rechnungsempfängers: _____

Anleitung:

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten mit eigenen Worten beantworten. Bitte nehmen Sie sich genügend Zeit.

Wichtig !!! Bitte schreiben Sie hinter jedes Symptom eine Nummer von 1 bis 10 (1 = sehr sehr gering, 10 = extrem stark; z. Bsp. Kopfschmerzen 7 und in welchem Jahr es zum ersten Mal aufgetreten ist (z. Bsp. '94).

Unter welchen Beschwerden leiden Sie?

Wie lauten evtl. die schulmedizinischen Diagnosen?

1.

2.

3.

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? Nein () Ja () welche?.....

Nennen Sie den Anlass, weswegen Sie mich aufsuchen. Inwieweit wird dadurch ihr Leben beeinträchtigt?

.....
.....

Welche Vermutung haben Sie selbst darüber, wie Ihre Beschwerden entstanden sein könnten und mit was sie zusammenhängen könnten?.....

.....

Was war kurz vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden (vielleicht der Auslöser)?

z.B. Eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Konflikt, Medikamente, usw.

.....

Gab es in Ihrem Umfeld erschütternde Lebensereignisse oder Todesfälle/Selbstmord? 0 Nein

0 Ja, welche?.....

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? (Großeltern, Eltern, Geschwister)

z.B., Depressionen , Angststörung, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Rheuma, oder eine andere Erkrankung.....

KOPF

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Falls ja,
wie häufig?, selten, Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptregion,
morgens, abends
halbseitig – links – rechts – doppelseitig

Auslöser der Kopfschmerzen:

Was verbessert:

Was verschlechtert:

Augen: Sehschwäche 0 Ja 0 Nein

Ohren: Schwerhörigkeit, Schmerzen, Geräusche 0 Ja 0 Nein

Zähne/Kiefer: - bitte Zutreffendes ankreuzen:

Weisheitszähne gezogen 0 Ja 0 Nein
Gibt es wurzelbehandelte Zähne 0 Ja 0 Nein
Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? 0 Ja 0 Nein wann?

Zahnfüllmaterialien aktuell:
0 Amalgam 0 Gold 0 Kunststoff 0 Keramik 0 Implantate

Nase: Heuschnupfen, Allergien auf:

Schilddrüse: Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation
-3-

ARME / BEINE / RÜCKEN / HAUT

Arme: Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände, usw.

Beine: Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, Verletzungen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl,

Rücken: Verspannungen, Rheuma, Schmerzen HWS / BWS / LWS, Hexenschuss, Ischias, Skoliose

♀ BEREICH

Gynäkolog.: ,
Fehlgeburten, Abtreibung, Geburten, Kaiserschnitt – Jahreszahl:

Menses:
Klimakterische Beschwerden:
Nehmen Sie Verhütungsmittel? 0 Ja 0 Nein

ALLGEMEINES

Wo haben Sie Narben am Körper? (auch kleine Narben) **Bitte Körperstelle angeben.**

Sind sie tätowiert? Nein / Ja

Schlaf: Schlaflosigkeit, häufiges nächtl. Erwachen (Uhrzeit: Uhr), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, heiße Füße, Zähneknirschen

Träume: schrecklich, schön, gegen Morgen, nachdenklich, realitätsnah
Ich erinnere mich am nächsten Morgen an meinen Traum. () Ja () Nein

Häuslicher Bereich: Welche elektrischen Geräte befinden sich im Schlafbereich?

.....

Treiben Sie Sport?..... wie häufig?

Ernährung: Nahrungsmittelunverträglichkeit/
Allergien auf

Rauchen: ja / nein wie viele

Alkohol: wie häufig? was

Drogenkonsum: nein / ja wenn ja, wann und wie oft?.....

Trinken: Wie viel Wasser, Tee trinken Sie pro Tag? Liter

Wie beurteilen Sie Ihre derzeitige seelische Verfassung? 1 schlecht bis 10 sehr gut)
.....

Was unternehmen Sie, damit es Ihnen besser geht? (z.B. Medikament, Spaziergang)

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

Chronologie der Krankengeschichte (evtl. die Rückseite benutzen)

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben.