



Fragebogen zum Ersttermin (Erwachsene)

Name: _____ Datum: _____

Vorname: _____

Straße: _____ Geburtsdatum: _____

PLZ/Ort: _____ Telefon: _____

Beruf: _____ Mobil-Telefon: _____

Gewicht _____ Größe _____ Blutgruppe _____ E-Mail: _____

Wurde ich empfohlen? _____ Familienstand/Kinder: _____

Versicherung: gesetzlich versichert Beihilfe/Post
 zusatzversichert, bei _____ mit bis zu _____ € jährlich

privat versichert, bei _____ Tarif: _____

Anleitung

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen so genau wie möglich aus. Bei den Beispielen genügt es, wenn Sie Zutreffendes unterstreichen. Ansonsten mit eigenen Worten beschreiben. Bitte nehmen Sie sich für die Beantwortung der Fragen ausreichend Zeit.

Was ist Ihr Wunsch an mich, was ist Ihr Ziel? _____

Gab es ein „Ereignis“ vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden? (z.B. eine Reise, eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, eine Operation, Medikamente, usw.)

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? (Eltern, Großeltern und Geschwister)
z.B. Allergien, Asthma, Bluthochdruck, chronisches Müdigkeitssyndrom (CFS), Depression, Diabetes mellitus, Gallensteine, Gicht, Herzkrankheiten, (Brust-)Krebs, Migräne, Neurodermitis, Nierensteine, Rheuma, Schilddrüsenstörungen, Hashimoto, Morbus Basedow, Schlaganfall, Suizid oder andere:

Hatten Sie eine Infektionskrankheit? Wenn ja, welche _____ wann? _____

Haben Sie Allergien?

Heuschnupfen / Pollen / Gräser _____

Nahrungsmittelunverträglichkeiten / wenn ja, welche _____

Empfindlichkeit gegen Licht, Lärm oder Stress? nein ja, gegen _____

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? nein ja Migräne

Falls ja (*bitte unterstreichen*): häufig – selten - Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptregion - morgens – abends –hormonell bedingt - Wochenende - halbseitig - links - rechts – beidseitig

Haarausfall? nein ja, dann bitte beschreiben _____

Zähne/ Kiefer

Haben Sie Amalgam-Füllungen? nein ja Wurden diese entfernt? nein ja

Parodontose, Zahnwurzelbehandlungen, Wurzelspitzenresektion, Implantate etc.

Zahnfüllmaterialien Amalgam Kunststoff Gold Keramik

Schilddrüse Überfunktion (Morbus Basedow) – Unterfunktion (Hashimoto) – kalte / heiße Knoten – Vergrößerung – Operation – Resektion – Herzrasen – Herzrhythmusstörungen – Herzstolpern

Galle Gallensteine – Koliken – Operation – Resektion – Druck im Oberbauch – Fettunverträglichkeit

Magen Völlegefühl – Sodbrennen – Gastritis – Appetitlosigkeit – Fleischunverträglichkeit

Darm Infektionen – Hämorrhoiden – Morbus Crohn – Colitis ulcerosa – Divertikel – Blinddarm-OP Reizdarm – Blähungen – Blähbauch – eher Verstopfung – eher Durchfall – Heißhunger auf Süß

Stuhlgang täglich jeden 2./3./4. Tag unregelmäßig Abführmittel _____

Stuhlbeschreibung hell – dunkel – übel riechend – hart – knollig – weich – schmierig – pastös – klebt an der Schüssel - kann Stuhl nicht halten – explosionsartig – Gefühl, nicht fertig zu werden – Stuhl ist wechselhaft – Heißhunger auf Süß

Bewegungsapparat

Arme Taubheitsgefühl – Kribbeln - kalte Hände – (Muskel-) Schmerzen? Wenn ja, wo? _____

Beine Krampfadern, Operationen, Verletzungen – kalte Füße – Taubheitsgefühl – Kribbeln
Schmerzen? Wenn ja, wo?

Rücken Beweglichkeit – Belastungen – Verspannungen Schmerzen nein ja Wenn ja, wo?

Haut/Nägel Hautjucken – Hautausschlag – Akne – Warzen – Pilze – Furunkel – eingewachsene Nägel
– Nagelbett-Entzündung – brüchige Fingernägel

Haben Sie Narben? (durch OP oder Verletzungen) nein ja (*bitte beim Termin zeigen*)

Gynäkologie Ausfluss – Ausschabungen – trockene Vaginalschleimhaut – Fehlgeburten – Zysten
Myome – KLAS (keine Lust auf Sex) – Gebärmutterresektion – Ovariektomie

Wann war die erste Blutung _____ wann die letzte _____ Zykluslänge _____ Tage

Beschwerden vor – während – nach der Regel? _____

Klimakterische Beschwerden _____

Nehmen Sie Verhütungsmittel? nein ja – welche? _____

Prostata vergrößert – Entzündung – Beschwerden beim Wasserlassen – Operation – Resektion

Niere/Blase Nierensteine – Entzündungen – Entleerungsstörung – häufiges Wasserlassen

Harn viel – wenig – häufig – brennt – kann ihn nicht halten – geteilter Harnstrahl – tröpfelt nach

Allgemeine Angaben:

Trinken Sie Alkohol? nein ja Wie viel? _____

Vertragen Sie Alkohol? nein ja

Rauchen Sie? nein ja, pro Tag ca. _____ Stück

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? _____

Wie viel Liter und was trinken Sie pro Tag? _____

Nehmen Sie Zuckerersatzstoffe zu sich? nein ja Welche? _____

Treiben Sie Sport? nein ja Welchen? _____ Wie oft? _____

Schlaf Schlaflosigkeit – häufiges Erwachen (um _____) – Schwierigkeiten beim Einschlafen
Sprechen im Schlaf – Unruhe in den Beinen – Nachtschweiße – heiße, brennende Füße – Zähneknirschen – nächtliches Herzrasen – nächtlicher Gedankenandrang

Schlafzeit übliches Zubettgehen um ca. _____ Uhr übliches Aufstehen um ca. _____ Uhr

Fühlen Sie sich morgens ausgeruht und ausgeschlafen? nein ja

Sind Sie körperlich und geistig belastbar? nein ja

Schmerzfragen (nur wenn Sie Schmerzen haben):

Wo treten Schmerzen auf? _____

Wie intensiv ist der Hauptschmerz?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 Schmerzen? Immer – mehrmals am Tag – alle paar Tage – wöchentlich – seltener

Wie ist das Schmerzempfinden? Ziehend – brennend – stechend – klopfend – drückend – reißend
kolikartig – krampfend – dumpf – beengend - bohrend

Wodurch verschlimmert sich der Schmerz?

Wodurch verbessert sich der Schmerz?

Gibt es noch andere Symptome zum Schmerz? Hautrötung – Schwellung – Bewegungseinschränkung
Berührungsempfindlichkeit – Seh- oder Hörstörungen – Gangunsicherheit – Muskelschwäche –
Schwindel – Sonstiges _____

Wie wurden die Schmerzen bisher behandelt? _____

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein? _____

(Bitte auch Nahrungsergänzungsmittel angeben)

Chronologie der Krankengeschichte

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

Bitte bringen Sie den Fragebogen ausgefüllt zu unserem ersten Gespräch mit.

Bitte beachten Sie, dass es aufgrund der neuen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) nicht mehr zulässig ist, den ausgefüllten Fragebogen vorab als Email an unsere Praxis zu senden!

Vielen Dank!

Ort, Datum

Unterschrift *(erst nach unserem Erstgespräch)*