

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie erleichtern mir die Vorbereitung auf Ihre Untersuchung und Behandlung, wenn Sie mir vorab mit diesem Fragebogen die wichtigsten Informationen geben. Sie können in Ruhe überlegen und ich werde dann im persönlichen Gespräch mit Ihnen die Einzelheiten besprechen. Sollten Sie irgendwelche persönlichen Angaben nicht schriftlich machen wollen, so ist Ihnen dies natürlich freigestellt.

NAME:..... VORNAME:.....

Geb. Datum:..... Familienstand:.....

Beruf (beschreiben Sie bitte Ihre Arbeitssituation, also nicht nur „Angestellter,“ sondern auch Hinweise auf körperliche und geistige Belastungen, wie Stress, schweres Heben und Tragen, Zwangshaltungen, Schichtdienst ?).....

.....
.....

Krankengeschichte vom

Was sind Ihre jetzigen Beschwerden?

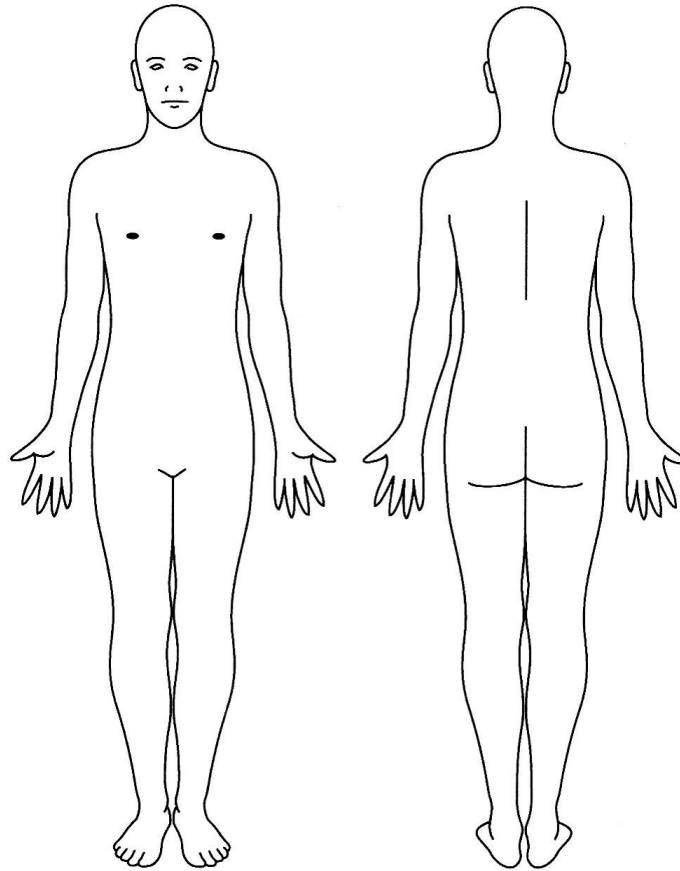
Hauptbeschwerden (Wann sind sie aufgetreten? Vermuten Sie einen Zusammenhang mit einem Auslöser?)

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

Nebenbeschwerden:.....

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

Zeichnen Sie bitte die Schmerz- bzw. Beschwerdelokalisation in das nachstehende Schema ein. Wenn Sie einen Schmerzpunkt exakt lokalisieren können, so markieren Sie ihn mit einem **X**, Schmerzausstrahlungen können Sie schraffieren.



Wie ist der **Schmerzcharakter**? (z.B. stechend, dumpf, brennend).....
.....

Lässt sich der Schmerz beeinflussen (Besserung oder Verschlimmerung durch Bewegung oder Ruhe, Liegen, Sitzen, Stehen , Gehen, Kälte, Wärme?).....
.....

Wenn Sie Ihre Beschwerden und Schmerzen in eine Skala von 0 (kein Schmerz) bis 10 (stärkster vorstellbarer Schmerz) eintragen würden, wie wäre ihre **Schmerzstärke** derzeit? (z.b. 6).....

Welche Fachärzte oder auch Heilpraktiker haben Sie bereits aufgesucht?.....
.....

Welche **Untersuchungen** wurden durchgeführt: (z,b. Röntgen, CT, MRT, Magen/Darmspiegelung) Gab es auffällige Befunde:
.....

Welche **Therapieverfahren** wurden bereits angewandt, und mit welchem Erfolg?.....
.....
.....

Frühere **Operationen**? Wann?.....
.....

Sind von diesen Operationen Fremdkörper zurückgeblieben(Schrauben, Platten, Implantate?) Wenn ja, wo?
.....
.....

Haben Sie auffällige **Narben**? Beschwerden?.....
.....

Frühere Erkrankungen, chronische Erkrankungen:

Kinderkrankheiten:.....

Herz/Kreislauf (z.b. Bluthochdruck, Herzschwäche):.....
.....

Lunge (z.b. Asthma, häufige Atemwegsinfekte, COPD):.....
.....

Verdauungsorgane(Magenbeschwerden, Darmerkrankungen, Sodbrennen):.....
.....

Niere/Blase(häufige Blasenentzündungen, Nierensteine, Beckenbodenschwäche):.....
.....

Kopf/Hals(z.B. Schilddrüsenerkrankung, wiederkehrende Nebenhöhlenentzündungen?).....
.....

Sind **Allergien** bekannt?(z.B. Pollen, Hausstaub, Medikamente?).....
.....

Wurden in letzter Zeit **zahnärztliche / kieferchirurgische** Behandlungen durchgeführt? Wenn ja, warum?
.....

Für Frauen:

Anzahl **Schwangerschaften**:.....

Anzahl **Geburten**:..... davon **Kaiserschnitt**:

Fehlgeburten:.....

Operationen(Ausschabungen, Polypen).....