

Anamnesebogen

Bitte nur ausfüllen, wenn wir die Daten nicht schon von Ihnen aufgenommen haben.

Name

Vorname Nachname

Geburtstag



Monat Tag Jahr

Adresse

Straße und Hausnummer

Straße und Hausnummer (zweite Zeile)

Stadt Bundesland

Postleitzahl

Telefonnummer privat

Bitte geben Sie eine gültige Telefonnummer ein.

Telefonnummer mobil

Bitte geben Sie eine gültige Telefonnummer ein.

E-Mail

Beruf

Bitte geben Sie hier Ihren Beruf an.

Familienstand

Bitte geben Sie hier Ihren Familienstand an (z.B. ledig, verheiratet usw.)

Wer hat uns empfohlen?

Wenn nicht zutreffend, bitte „Keiner“ eintragen.

Bei Minderjährigen Patienten bitte ausfüllen:

Name

Vorname Nachname

Geburtstag



Monat Tag Jahr

Anleitung zum Ausfüllen:

Bitte gehen Sie beherzt durch diesen Fragebogen hindurch, füllen Sie allenfalls die Teile genau aus, die für Sie von Interesse sind! Bei den Beispielen und Auflistungen reichen **Stichpunkte**. Mit eigenen Worten zu beschreiben ist immer hilfreich. Bitte nehmen Sie sich nur die Zeit für das was Ihnen wichtig ist.

Sie haben am Ende jeder Seite die Möglichkeit Ihre bisherigen Daten zu speichern.

Bei Auflistungen mit einem **Kreis** können Sie nur **eine Antwort** auswählen.

Bei Auflistungen mit einem **Quadrat** können Sie **mehrere Antworten** auswählen.

Versicherung:

Gesetzlich (AOK, DAK, BKK usw.)

Beihilfe / Post

private Krankenversicherung

Falls sie privat versichert sind, wie heißt Ihre Krankenkasse?

Bitte tragen Sie hier den Namen Ihrer Krankenkasse ein.

Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt?

Wer ist/sind Ihre behandelnden Fachärzte?

Tragen Sie hier die Ärzte ein, bei denen Sie neben Ihrem Hausarzt in Behandlung sind.

Was sind Ihre aktuellen Beschwerden?

Bitte beschreiben Sie Ihre Beschwerden (z.B. Rückenschmerzen)

Gab es unmittelbar vor dem Auftreten der aktuellen Beschwerden ein Ereignis?

Zum Beispiel: eine Erkältung, Trauer, Kummer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente usw.)

Gibt es chronische Beschwerden/Erkrankungen?

Nur angeben, sofern es für die derzeitige Konsultation wichtig ist.

Gab es Unfälle/Verletzungen?

Nur angeben, sofern es für die derzeitige Konsultation wichtig ist.

Gab es Operationen?

Nur angeben, sofern es für die derzeitige Konsultation wichtig ist.

Gab es Medikamenten-, Chemo - Bestrahlungstherapien?

Nur angeben, sofern es für die derzeitige Konsultation wichtig ist.

Gab es sonstige Klinikaufenthalte?

Körpergröße

Bitte tragen Sie hier Ihre Körpergröße an, falls bekannt. (z.B. 40)

Körpergewicht in kg

Bitte tragen Sie hier ihr Körpergewicht an, falls bekannt. (z.B. 80 kg)

Blutdruck

Bitte geben Sie hier Ihren Blutdruck an, falls bekannt (z.B. 120/80)

Blutgruppe

Bitte geben Sie Ihre Blutgruppe an, falls bekannt. (z.B. A,B,0 usw.)

Blutzuckerwert

Bitte geben Sie hier Ihren Blutzuckerwert an, falls bekannt. (z.B. 100)

Kennen Sie Ihre Werte für ...

Fremdanamnese

Nur angeben, sofern es für die derzeitige Konsultation wichtig ist.

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie, den Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwistern und Kindern bekannt?

Z.B. Krebs, Tuberkulose, Infektionskrankheiten, psychiatrische Erkrankungen, Sucht, Suizid, Herz-Kreislaufkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Schilddrüsenerkrankungen, Asthma, COPD, Lebererkrankungen, Zuckerkrankheit, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne, Schmerzkrankheiten, usw.

Schwangerschaft und Geburt

Nur angeben, sofern es für die derzeitige Konsultation wichtig ist.

Wie alt waren Ihre Eltern bei Ihrer Geburt?

Waren die Schwangerschaft und der Geburtsverlauf bei Ihnen unauffällig? z.B. musste Ihre Mutter in der Schwangerschaft ruhen, sind Sie zu früh geboren, Fehllage oder Gelbsucht usw.

Wurde die Geburt über eine Entbindung mit oder ohne medikamentöse Einleitung durchgeführt, oder durch eine Saugglocke - Zangengeburt, oder mittels Kaiserschnittes?

Wurden Sie nach der Geburt in der Klinik behandelt?

Haben Sie Geschwister? Bitte Reihenfolge und Geschlecht angeben. (auch von nicht lebenden Geschwistern)

Haben Sie selbst Kinder? Bitte Reihenfolge und Geschlecht angeben. (auch von nicht lebenden Kinder)

Impfungen, Medikamente und Allergien

Wenn ein Impfausweis existiert, bringen Sie ihn bitte zum nächsten Termin mit.

Sind Sie geimpft?

Ja

Nein

Möchte ich nicht angeben

Welche Impfungen haben Sie erhalten?

Tuberkulose (BCG)

Polio (Kinderlähmung)

Diphtherie

Tetanus

HIB
Pertussis
Hepatitis A
Hepatitis B
Masern
Mumps
Röteln
Pneumokokken
Grippe
Gürtelrose
FSME
Papillomaviren
Cholera
Typhus
Gelbfieber
Pocken
Zecken
COVID-19

Andere Impfungen:

Bitte nur angeben, wenn Sie eine Impfung erhalten haben, die in der obigen Liste nicht aufgeführt ist.

Gab es unerwünschte Folgen nach den Impfungen? z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensänderungen usw.

Hatten Sie Infektionskrankheiten und wenn ja, welche? z.B. Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach oder Pfeiffer'sches Drüsenfieber usw.

Welche sonstigen Infektionen haben Sie erlebt? z.B. Husten, Schnupfen, Bronchitis,

Mittelohrentzündung oder Mandelentzündung usw.

Welche Medikamente und Mittel nehmen Sie derzeit ein? Bitte Name, Zeitraum und Zeit der Einnahme angeben.

z.B. L-Thyroxin, seit Dezember 2018, immer abends.

Nehmen Sie ein Antikonzeptivum ein? (z.B. die Pille) Wenn ja, seit wann?

z.B. Ja, die Pille seit 2017.

Tragen Sie eine Hormonspirale/Spirale? Wenn ja, seit wann?

z.B. Ja, ich habe eine Spirale seit 2017.

Haben Sie Allergien? Bitte nennen Sie Namen und seit wann dies bekannt ist.

z.B. Pollenallergie bekannt seit 2011.

Beispiele Allergien:

Pollen, Hausstaub, Schimmelpilz, Antibiotika, Medikamente, Nahrungsmittel, Andere...

Welche wurden getestet? Existiert ein Allergieausweis?

Kopf zu Fuß - Abfrage

Wurden Sie in der Vergangenheit am Kopf behandelt, oder operiert?

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Wenn ja, wo und wann treten sie auf?

häufig

selten

Stirnpartie

Augenpartie

Schläfenregion

Hinterhauptregion

morgens

tagsüber

abends

nachts

halbseitig

links

rechts

doppelseitig

Sind in der Vergangenheit Haare transplantiert worden? z.B. aufgrund Haarausfall, kreisrunder Haarausfall, vereinzelter Haarausfall usw. Seit wann?

Augen

Nur angeben, sofern es für die derzeitige Konsultation wichtig ist.

Wurden Sie in der Vergangenheit am Auge behandelt, oder operiert? z.B. Bindehautentzündung, Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit, grauer Star, Macula-Degeneration usw. Wenn ja, wann war das?

Ohren

Nur angeben, sofern es für die derzeitige Konsultation wichtig ist.

Wurden Sie in der Vergangenheit am Ohr behandelt, oder operiert? Bitte Seite und Grund angeben. z.B. Tinnitus, Schwerhörigkeit, Schwindel usw.

Mund / Zähne / Kiefer

Nur angeben, sofern es für die derzeitige Konsultation wichtig ist.

Wurden Sie mit einer Spange, oder Brackets kieferorthopädisch behandelt, oder operiert?

Tragen Sie eine Beißschiene?

z.B. Ja, nur nachts.

Existieren wurzelbehandelte Zähne?

z.B. Ja, oben rechts wurden zwei Zähne behandelt.

Haben Sie Zahnimplantate?

Haare

Nur angeben, sofern es für die derzeitige Konsultation wichtig ist.

Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?

Ja

Nein

Möchte ich nicht angeben

Wurde bei Ihnen eine Amalgamausleitung durchgeführt?

Ja

Nein

Möchte ich nicht angeben

Sofern vorhanden, welche Zahnfüllmaterialien wurden bei Ihnen verwendet?

Amalgam

Kunststoff
Keramik
Gold
Möchte ich nicht angeben

Haben oder hatten Sie folgende Krankheitsbilder?

Entzündungen
Aphten
Geschwüre
Zungenbrennen
Mundgeruch
Möchte ich nicht angeben

Nase/Nasennebenhöhlen

Nur angeben, sofern es für die derzeitige Konsultation wichtig ist.

Wurde in der Vergangenheit die Nase behandelt, oder operiert? z.B. Muschelkaustik, Septumplastik, Eröffnung der Nebenhöhlen, Polypentfernung usw.

Leiden Sie an folgenden Erkrankungen?

wiederkehrende Nasennebenhöhlenentzündungen
behinderte Nasenatmung
Nasenverstopfung
Möchte ich nicht angeben

Hals

Nur angeben, sofern es für die derzeitige Konsultation wichtig ist.

Wurden Sie in der Vergangenheit am Hals behandelt, oder operiert? z.B. Mandeloperation, Speichelsteinentfernung usw.

Hatten Sie häufige Mandelentzündungen als Kind/heute?

Ja

Nein

Möchte ich nicht angeben

Können Sie am Hals (Lymph-) Knotentasten?

z.B. Ja, auf der linken Seite.

Schilddrüse

Nur angeben, sofern es für die derzeitige Konsultation wichtig ist.

Wurden Sie in der Vergangenheit an der Schilddrüse behandelt (Radiojod), oder operiert?

Ist eine Hashimoto - Thyreoiditis bekannt?

Ja

Nein

Möchte ich nicht angeben

Ist ein Morbus Basedow bekannt?

Ja

Nein

Möchte ich nicht angeben

Leiden Sie an folgenden Krankheiten?

Schilddrüsenunterfunktion

Schilddrüsenüberfunktion

Vergrößerung der Schilddrüse

Schilddrüsenknoten

Möchte ich nicht angeben

Brustorgane

Herz

Nur angeben, sofern es für die derzeitige Konsultation wichtig ist.

Ist eine Herzkrankheit bei Ihnen bekannt?

Wurden Sie in der Vergangenheit am Herzen behandelt oder operiert?

Haben Sie ...

- einen Schrittmacher
- einen Defibrillator
- ein Klappenersatz (Metall / Bio)
- ein Schirmchen
- Möchte ich nicht angeben

Leiden Sie an ...

- Druck/Enge im Brustkorb
- Stechen
- Beklemmung
- Rhythmusstörungen
- Möchte ich nicht angeben

Bei welchen Gelegenheiten treten diese Beschwerden auf? z.B. Ruhezustand, bei Belastung, Kälte, Wärme, im Wasser, tagsüber, nachts usw.

Lunge

Nur angeben, sofern es für die derzeitige Konsultation wichtig ist.

Ist bei Ihnen eine Lungenkrankheit bekannt?

Wurden Sie in der Vergangenheit an der Lunge behandelt, operiert?

Ja

Nein

Möchte ich nicht angeben

Hatten Sie schon mal eine Lungenentzündung?

Ja

Nein

Möchte ich nicht angeben

Sind Sie beruflich Rauchgasen ausgesetzt?

Ja

Ab und zu

Nein

Möchte ich nicht angeben

Wie viele Zigaretten, Zigarillos, Zigarren, Pfeifen, E-Zigaretten Inhalationen pro Tag?

z.B. eine Schachtel Zigaretten am Tag.

Leiden Sie an ...

Druck

Enge

Einschnürungsgefühl

Luftnot

Husten mit Schleim

Husten ohne Schleim

Pfeifgeräusch beim Einatmen/Ausatmen

Bronchitis

Möchte ich nicht angeben

Bauchorgane

Magen

Nur angeben, sofern es für die derzeitige Konsultation wichtig ist.

Ist eine Magenkrankheit bei Ihnen bekannt?

Wurde bei Ihnen in der Vergangenheit der Magen gespiegelt, behandelt, oder operiert?

Leiden Sie an ...

- Druck - Vollegefühl
- Aufstoßen
- Reflux
- Sodbrennen
- Übelkeit
- Erbrechen
- Geschwüre
- Helicobacter Pylori Infektion
- Möchte ich nicht angeben

Leiden Sie an Nahrungsmittelallergien/- Unverträglichkeiten? z.B. Zöliakie

Bauchspeicheldrüse

Nur angeben, sofern es für die derzeitige Konsultation wichtig ist.

Ist eine Bauchspeicheldrüsenerkrankung bei Ihnen bekannt?

Wurden Sie in der Vergangenheit an der Bauchspeicheldrüse behandelt, oder operiert?

Ja

Nein

Möchte ich nicht angeben

Leiden Sie an ...

Oberbauchschmerzen

Diabetes

unklarem Gewichtsverlust

Verdauungsschwäche

Blähungen

Fettstühle

Möchte ich nicht angeben

Leber

Nur angeben, sofern es für die derzeitige Konsultation wichtig ist.

Ist eine Leberkrankheit bei Ihnen bekannt? z.B. Entzündung, Hepatitis, Zysten usw.

Wurden Sie in der Vergangenheit an der Leber sonografiert, behandelt oder operiert?

Leiden Sie an ...

Gelbsucht

Juckreiz

zarten Gefäßneubildungen in Gesicht und am Körper
Bauchwasser
Ödeme
Möchte ich nicht angeben

Galle

Nur angeben, sofern es für die derzeitige Konsultation wichtig ist.

Ist eine Gallenblasenerkrankung bei Ihnen bekannt?

Wurden Sie in der Vergangenheit an der Galle sonografiert, behandelt oder operiert?

Leiden Sie an ...

Kolikartigen Beschwerden
Kolik
Oberbauchschmerzen
lehmfarbiger Stuhlaufhellung
Fettunverträglichkeit
Möchte ich nicht angeben

Darm

Nur angeben, sofern es für die derzeitige Konsultation wichtig ist.

Ist bei Ihnen eine Darmkrankheit bekannt? z.B. Colitis ulcerosa, Morbus Chron, Polypen,

Divertikel.

Wurden Sie in der Vergangenheit am Darm gespiegelt, behandelt oder operiert? z.B. Wurde Ihr Blinddarm entfernt?

Leiden Sie an ...

Schmerzen
unabsichtlichen Stuhlabgang
Hämorrhoiden
Einrissen
Krämpfen
Blähungen
Möchte ich nicht angeben

Leiden Sie an ...

Pupsen - geruchslos
Pupsen - mit Geruchsbildung
Möchte ich nicht angeben

Wie können Sie die Geruchsbildung beschreiben? z.B. nach verfaulten Eier.

Diese Aussage kann ersten Aufschluss darüber geben, warum es zu dieser Gasentwicklung im Darm kommt.

Stuhlnregelmäßigkeiten: Bitte angeben, wie oft sie auf die Toilette können und ihren Darm entleeren. ... x / Tag oder Woche

Wie würden Sie die Konsistenz beschreiben? z.B. breiig, wässrig, im Wasser auftreibend, hart, im Wasser untergehend oder Schafkötter (pflaumengroß, kirschgroß, erbsengroß)

Sind Auflagerungen vorhanden? z.B. Schleim, Blut, oder Farbe?

Beckenorgane

Nur angeben, sofern es für die derzeitige Konsultation wichtig ist.

Ist eine Unterleibserkrankung bei Ihnen bekannt? z.B. Myome, Eierstockzysten oder Blasenschwäche.

Wurden Sie in der Vergangenheit am Unterleib sonografiert, gespiegelt, behandelt oder operiert?

Bitte geben Sie in folgender Reihenfolge an in welchem Alter folgendes passierte. Menarche, 1.

Schwangerschaft, letzte Blutung (Menopause), weitere Schwangerschaften, Interruptio, Geburten, Fehlgeburten, Abrasio.

Die Felder die auf Sie nicht zutreffen, können sie mit einer 0 (null) ausfüllen.

Leiden Sie an ...

- Kinderlosigkeit
- habituellen Aborten
- Schmerzen vor der Menstruation
- Schmerzen während der Menstruation
- Schmerzen nach der Menstruation
- Schmerzen außerhalb der Menstruation
- Schmerzen während des Geschlechtsverkehrs
- Schmerzen nach dem Geschlechtsverkehr
- Pilzinfektionen
- andere Infektionen
- Papilloma
- Warzen
- Möchte ich nicht angeben

Wie würden Sie den Schmerzcharakter beschreiben?

Leiden Sie an Ausfluss? Wie würden sie den Geruch beschreiben?

Prostata

Nur angeben, sofern es für die derzeitige Konsultation wichtig ist.

Ist eine Prostataerkrankung bei Ihnen bekannt? z.B. Entzündung, Infektion oder Keime?

Wurde bei Ihnen in der Vergangenheit die Prostata sonografiert, biopsiert oder operiert?

Leiden Sie an ...

- Schmerzen vor dem Samenerguss
- Schmerzen beim Samenerguss
- Schmerzen nach dem Samenerguss
- vorzeitigen Samenerguss
- Möchte ich nicht angeben

Besteht bei Ihnen eine Auffälligkeit des Ergusses? Ist er z.B. gelb, blutig oder verändert?

Leiden Sie an ...

- Restharngefühl
- Nachträufeln
- Wasserhalten schwierig
- Schmerzen vor dem Wasserlassen
- Schmerzen während des Wasserlassens
- Schmerzen nach dem Wasserlassen
- Möchte ich nicht angeben

Mein Urin ist ...

klar

trüb

milchig

...

Hoden

Nur angeben, sofern es für die derzeitige Konsultation wichtig ist.

Ist eine Hodenerkrankung bei Ihnen bekannt? z.B. Pendelhoden, Hydrozele, Zyste, Atropie oder Mumps.

Wurden Sie in der Vergangenheit am Hoden sonografiert, gespiegelt, behandelt oder operiert?

Tasten Sie Ihre Hoden regelmäßig selber ab?

Ja

Nein

Möchte ich nicht angeben

Niere

Nur angeben, sofern es für die derzeitige Konsultation wichtig ist.

Ist bei Ihnen eine Nierenkrankheit bekannt? z.B. Zystenniere, einseitige Anlage oder Autoimmunkrankheiten.

Wurden bei Ihnen in der Vergangenheit die Niere sonografiert, biopsiert, behandelt oder operiert?

Leiden Sie an ...

- Nierensteinen
- Koliken
- Blut im Urin
- Nierenbeckenentzündungen
- Urinrückstau in den Nieren
- Schrumpfnieren
- Möchte ich nicht angeben

Blase

Nur angeben, sofern es für die derzeitige Konsultation wichtig ist.

Ist eine Blasenkrankheit bei Ihnen bekannt? z.B. Eosinophile Zystitis, Divertikel, Polyp oder Neurogene Blase.

Wurde bei Ihnen in der Vergangenheit die Blase sonografiert, gespiegelt, behandelt oder operiert?

Leiden Sie an ...

Reizungen/Schmerzen von Harnröhre oder Blase
Lähmungen des Schließmuskels
Lähmungen des Entleermuskels
Inkontinenz bei Drang
Dringlichkeit vor der Toilette, weil das Gefühl fehlt
Möchte ich nicht angeben

Wie oft im Jahr leiden Sie an Harnwegsinfektionen?

z.B. 8 Mal / Jahr

Wie oft im Jahr nehmen Sie dadurch Antibiotika zu sich?

z.B. 6 Mal, oder bei jeder Infektion

Harn

Nur angeben, sofern es für die derzeitige Konsultation wichtig ist.

Ist Ihnen eine Auffälligkeit des Harns bekannt? z.B. klar, trüb, Blut, Schaum, Schleim, Grieß, Eiweiß.

Wie würden Sie den Geruch Ihres Urins beschreiben?

Ist der Urin scharf / wundmachend?

Wurde bei Ihnen in der Vergangenheit der Urin untersucht?

Ja, regelmäßig

Ja, aber nur bei Beschwerden

Nein

Ich kann mich nicht an das letzte Mal erinnern

Möchte ich nicht angeben

Worauf wurde ihr Urin untersucht? z.B. Blut, Leukozyten, Eiweiß, Nitrit, Keton, Zucker. Oder im Sediment z.B.: Epithelien, Zylinder, Kristalle oder Leukozyten.

Ergebnis der Urinkultur. z.B. Keime.

Ergebnis der Antibiotikatestung ...

Sexualität

Nur angeben, sofern es für die derzeitige Konsultation wichtig ist.

Sind Sie mit Ihrer Sexualität zufrieden?

Ja

Nein

Möchte ich nicht angeben

Wie würden Sie ihre Sexualität beschreiben? z.B. freud-lustvoll, angenehm, befriedigend, angespannt, verkrampft, schmerzhaft, wundmachend oder Verletzungen erzeugend.

Leiden Sie an ...

Trockenheit und Verletzlichkeit der Schleimhäute

Ausschlägen

Warzen

Pilzen

Beeinträchtigung der Erektion

Beeinträchtigung der Penetration

Beeinträchtigung der Aufrechterhaltung während des Geschlechtsaktes

Möchte ich nicht angeben

Haben Sie Ihrer Meinung nach zu geringe/übersteigerte sexuelle Impulse und Bedürfnisse?

Ja

Nein

Geringe Bedürfnisse

Übersteigerte Bedürfnisse

Möchte ich nicht angeben

Schmerzen des Bewegungsapparates

Schultern / Arme

Nur angeben, sofern es für die derzeitige Konsultation wichtig ist.

Sind Beschwerden der Schultern / Arme bei Ihnen bekannt? z.B. "Frozen Shoulder", Sehnenverletzungen, Golfer-/tennis-/Mausellenbogen, Ulnarisrinnen-/Carpaltunnelsyndrom, Rhizarthrose, Mb. Dypytren usw.

Wurde bei Ihnen die Schulter oder der Arm sonografiert, gespiegelt, behandelt oder operiert?

Leiden Sie an ...

- Gefühlstörungen
- Bursitis
- Kribbelgefühlen
- kalten Händen
- Durchblutungsstörungen
- Mb Raynaud
- Sehnenscheidenentzündungen
- Tendovaginitis de Quervain
- Möchte ich nicht angeben

Rücken / Wirbelsäule

Nur angeben, sofern es für die derzeitige Konsultation wichtig ist.

Sind Beschwerden der Wirbelsäule bei Ihnen bekannt? z.B. Skoliose, Bandscheibenvorfälle, Arthrosen, Osteoporose, Muskelverspannungen, Nervenschmerzen usw.

Wurde bei Ihnen die Wirbelsäule geröntgt, mit CT / MRT dargestellt, chirotherapeutisch oder osteopathisch/physiotherapeutisch behandelt oder operiert?

Leiden Sie an ...

- Gefühlsstörungen
- Kribbelgefühlen
- kalten Händen
- Durchblutungsstörungen
- Mb. Raynaud
- Sehnenscheidenentzündungen
- Tendovaginitis de Quervain
- Möchte ich nicht angeben

Halswirbelsäule

Nur angeben, sofern es für die derzeitige Konsultation wichtig ist.

Sind bei Ihnen Beschwerden der Halswirbelsäule bekannt? z.B. Schleudertrauma, Fehlbildung oder Rheuma usw.

Wurde bei Ihnen die Halswirbelsäule geröntgt, mit CT / MRT dargestellt, chirotherapeutisch oder osteopathisch / physiotherapeutisch behandelt oder operiert?

Leiden Sie an ...

- Bewegungseinschränkungen
- Schmerzen
- Schwindel bei bestimmten Kopfhaltungen
- Möchte ich nicht angeben

Brustwirbelsäule

Nur angeben, sofern es für die derzeitige Konsultation wichtig ist.

Sind bei Ihnen Beschwerden der Brustwirbelsäule bekannt? z.B. Blockaden der Rippengelenke oder der Wirbelkörper, Mb. Scheuermann oder Skoliose usw.

Wurde bei Ihnen die Brustwirbelsäule geröntgt, mit CT / MRT dargestellt, chirotherapeutisch oder osteopathisch / physiotherapeutisch behandelt oder operiert?

Leiden Sie an ...

- In die Brust ausstrahlende Enge/Schmerzen
- Atemabhängige Schmerzen beim Ein/-Ausatmen

Möchte ich nicht angeben

Wurden bereits herzfarktähnliche Beschwerden mit Ursachen in der Wirbelsäule erklärt?

Lendenwirbelsäule

Nur angeben, sofern es für die derzeitige Konsultation wichtig ist.

Wurde bei Ihnen die Lendenwirbelsäule geröntgt, mit CT / MRT dargestellt, chirotherapeutisch oder osteopathisch / physiotherapeutisch behandelt oder operiert?

Leiden Sie an ...

Bandscheibenvorfällen

Gleitwirbeln

Spinalkanalstenose

Arthrosen

Möchte ich nicht angeben

Iliosakralgelenke

Nur angeben, sofern es für die derzeitige Konsultation wichtig ist.

Sind bei Ihnen Beschwerden der Kreuzbeinregion bekannt? z.B. Entzündungen, Blockaden usw.

Wurde bei Ihnen die Kreuzdarmbeinregion geröntgt, mit CT / MRT dargestellt, chirotherapeutisch oder osteopathisch / physiotherapeutisch behandelt oder operiert?

Leiden Sie an ...

- Mb. Bechterew
- Instabilität des Kreuz-Darmbeinglenks
- Bänderreizung
- Möchte ich nicht angeben

Beine

Nur angeben, sofern es für die derzeitige Konsultation wichtig ist.

Sind bei Ihnen Beschwerden der Hüften / Knie / Beine bekannt? z.B. Arthrosen, Dysplasie von Hüfte, Patella, Kniegelenk (X/O Beine), Sprunggelenkinstabilität, Achillessehnenreizung, Fersensporn, Fußgewölbe (Senk-spreiz-,Hohl-,Platt-Fuß), Plantarfasziitis oder Hammerzehen usw.

Wurde bei Ihnen die Hüfte, das Knie etc. geröntgt, sonografiert, gespiegelt, chirotherapeutisch oder osteopathisch / physiotherapeutisch behandelt oder operiert?

Leiden Sie an ...

- Gefühlstörungen

Schwäche
Kribbelgefühlen
kalten Füßen
Durchblutungsstörungen
Mb Raynaud
Bursitis
Sehnenscheidenentzündungen
Patellabeschwerden
Sprunggelenkbeschwerden
Krampfadern
Möchte ich nicht angeben

Krampfadern

Nur angeben, sofern es für die derzeitige Konsultation wichtig ist.

Sind bei Ihnen Beschwerden der Venen des Beins bekannt?

Wurden bei Ihnen die Krampfadern sonografiert, gemessen, operiert oder verödet?

Leiden Sie an ...

Schweren Beinen
Krämpfen
Schmerzen
Entzündungen
Dunkelverfärbungen und Verhärtungen der Haut
Geschwüren
schlecht heilenden Wunden

Möchte ich nicht angeben

Haut

Nur angeben, sofern es für die derzeitige Konsultation wichtig ist.

Sind bei Ihnen Beschwerden der Haut bekannt? z.B. Nävi, Präkanzerosen, schwarze / weiße Hautveränderungen (auch unter den Füßen / Nägeln und in den Hautfalten) usw.

Wurde bei Ihnen ein Hautscreening gemacht? Wurden Sie an der Haut behandelt oder operiert?

Leiden Sie an ...

- Ausschlägen
- Allergien
- Pilzen
- Flechten
- Warzen
- Verfärbungen
- Möchte ich nicht angeben

Muskeln und Faszien

Nur angeben, sofern es für die derzeitige Konsultation wichtig ist.

Sind bei Ihnen Beschwerden der Muskeln / Faszien bekannt? z.B. Spannungen, Hartspann oder Risse usw.

Wurden bei Ihnen Muskel sonografiert, behandelt oder operiert?

Leiden Sie an ...

- Entzündungen
- Schmerzen
- Verkürzungen
- Zerrungen
- Faserrissen
- Myogelosen
- Faszienschmerz
- Myofaszialem Schmerzsyndrom (Fibromyalgie)
- Möchte ich nicht angeben

Trieben Sie Sport?

Ja

Nein

Möchte ich nicht angeben

Falls ja, welche Sportart betreiben Sie, seit wann und wie häufig?

Knochen / Knochenhaut

Nur angeben, sofern es für die derzeitige Konsultation wichtig ist.

Sind bei Ihnen Beschwerden der Knochen oder der Knochenhaut bekannt? z.B. Rachitis, Glasknochenkrankheit, Osteoporose oder Periostitis usw.

Wurde bei ihnen die knochendichte gemessen, der Knochen geröntgt, behandelt, operiert oder die Knochenhaut sonografiert?

Leiden Sie an ...

- Schmerzen
- Entzündungen
- Zysten
- Fissuren
- Usuren
- Einbrüchen
- Knochenödemen
- Knochenhautentzündungen
- Möchte ich nicht angeben

Gehirn und Rückenmark

Nur angeben, sofern es für die derzeitige Konsultation wichtig ist.

Sind bei Ihnen Beschwerden des Gehirngewebes und des Rückenmarks bekannt? z.B. Entzündungen, Borreliose, Hydrozephalus, Syrinx oder Tumore usw.

Wurden bei Ihnen MRT - Aufnahmen des Gehirns, des Rückenmarks gemacht? Wurden Sie behandelt oder operiert?

Leiden Sie an ...

- Krampfanfällen
- Absencen
- Kopfschmerzen
- veränderten Sinneseindrücken
- Schmerzen
- Möchte ich nicht angeben

Haut / Nägel

Nur angeben, sofern es für die derzeitige Konsultation wichtig ist.

Sind bei Ihnen Beschwerden der Haut, Finger- oder Zehnnägel bekannt? z.B. Nävi, Präkanzerosen, Ekzeme, Nesselsucht, Schuppenflechte, Rosazea, Couperose, Neurodermitis, Hyperkeratosen, Hühneraugen, Narben, Narbenschmerzen, Keloide, Nietnägel, Pilze oder Nagelbettentzündungen usw.

**Wurde bei Ihnen ein Hautscreening, eine Schuppenuntersuchung oder eine Biopsie durchgeführt?
Wurden Sie behandelt oder operiert?**

Leiden Sie an ...

- Farbveränderungen
- Vitiligo
- Spider-Nävi
- Gefäßabbildungen
- Juckreiz
- Entzündungen
- Talgzysten
- Fissuren
- Geschwüren
- Verbrennungen
- Warzen
- Möchte ich nicht angeben

Allgemeinbefinden

Meine Beschwerden sind besser ...

- bei Kälte(anwendung)
- bei Wärme(anwendung)
- im Stehen
- im Gehen
- beim weinen

wenn ich nicht weine (verschlechtert)
vor dem urinieren
nach dem urinieren
vor dem Stuhlgang
nach dem Stuhlgang
im Alltag
im Urlaub
bei Druck
bei Entspannung
bei Ruhe
bei Bewegung
bei Anspannung
wenn ich Gefühle ausdrücke
wenn ich Gefühle zurückhalte
im Sitzen
im Liegen
vor dem Trinken
nach dem Trinken
vor dem Essen
nach dem Essen
bei Nicht-Berührung
bei Massage
Möchte ich nicht angeben

Appetit

Nur angeben, sofern es für die derzeitige Konsultation wichtig ist.

Haben Sie mehr oder weniger Appetit, oder Heißhunger?

Wurde bei Ihnen eine Magenspiegelung oder eine Psychotherapeutische Beratung durchgeführt?

Leiden Sie an ...

Übelkeit

Erbrechen

Bulimie

Möchte ich nicht angeben

Ernährung

Nur angeben, sofern es für die derzeitige Konsultation wichtig ist.

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? z.B. vegan, vegetarisch, ovolaktovegetarisch, makrobiotisch, Rohkost, ketotisch, kohlenhydratreduziert (Low-carb), fettarm oder Intervallfasten usw.

Haben Sie Verlangen nach ...

süß

sauer

pikant

salzig

Fleisch

Eier

Obst

Nikotin

Alkohol

Möchte ich nicht angeben

Haben Sie eine Abneigung gegenüber ...

- süß
- sauer
- pikant
- salzig
- Fleisch
- Eier
- Obst
- Nikotin
- Alkohol
- Möchte ich nicht angeben

Haben Sie eine Unverträglichkeit gegenüber ...

- süß
- sauer
- pikant
- salzig
- Fleisch
- Eier
- Obst
- Nikotin
- Alkohol
- Möchte ich nicht angeben

Trinken

Was trinken Sie?

z.B. Tee, Kaffee, Wasser oder Softdrinks.

Meine Essgewohnheiten

Schlaf

Nur angeben, sofern es für die derzeitige Konsultation wichtig ist.

Sind bei Ihnen Schlafstörungen oder ein Schlafapnoesyndrom bekannt? z.B. Schnarchen, Hochschrecken oder Alpträume usw.

Wurde bei Ihnen ein Schlaflabor durchgeführt?

Ja

Nein

Möchte ich nicht angeben

Leiden Sie an ...

Ein/Durchschlafstörungen

Erwachen

Sprechen im Schlaf

Schlafwandeln

Unruhe in den Beinen

Nachtschweiß

heiße Füße

Zähneknirschen

Möchte ich nicht angeben

Um welche Uhrzeit wachen Sie nachts auf?

z.B. Gegen 3 Uhr morgens

Wann gehen Sie üblicherweise ins Bett?

z.B. Um 22:30 Uhr

Wann stehen Sie morgens üblicherweise auf?

z.B. um 07:30 Uhr

Wärme -/ Kältehaushalt / Schwitzen

Nur angeben, sofern es für die derzeitige Konsultation wichtig ist.

Leiden Sie an ...

- Störungen des Wärme- Kältehaushalts
- Hitzewallungen
- kalte Hände und Füße
- heiße Ohren/ Kopf
- innere Kälte, äußere Hitze (oder umgekehrt)
- heiße Hände und Füße
- Kälte an sonstigen Körperteilen
- Wechsel von Hitze zu Kälte (Schüttelfrost)
- Zugluftempfindlichkeit
- Wetterfühligkeit
- Erkältlichkeit
- Immunschwäche
- spontane Schweißausbrüche
- Möchte ich nicht angeben

Bewerten Sie Ihre Wachheit ...

1 2 3 4 5

müde

wach

Bewerten Sie Ihre Konzentrationsfähigkeit ...

1 2 3 4 5

Sehr schlecht

Hervorragend

Bewerten Sie Ihre Merkfähigkeit ...

1 2 3 4 5

Sehr schlecht

Hervorragend

Bewerten Sie Ihre Denkgeschwindigkeit ...

1 2 3 4 5

langsam

schnell

Bewerten Sie ihre allgemeine Stimmung ...

1 2 3 4 5

Sehr schlecht

Hervorragend

Ich stimme der Nutzung meiner Daten im Rahmen der Organisation und Informationsübermittlung durch die Praxis Ralph Reck zu. Ihre Daten werden niemals an Drittanbieter weiter gegeben.

Ja, ich stimme zu.

Ort, Datum

Unterschrift