

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Patienten-Blatt



Datum: _____

Herrn / Frau

Name, Vorname, Titel

Straße / Postfach

PLZ, Ort

Telefon / Telefax

Handy

Email @ _____

Name des Erziehungsberechtigten (bei Kinder unter 18. Jahren)

Geburtsdatum des Patienten

Vertrauensperson: (z.B. Lebenspartner, Kinder,
Nachbar, Freund, Eltern, etc.) und Telefon

Arbeitgeber

Beruf: _____

Firma: _____ Telefon: _____

Anmerkungen

Selbstzahler (Barzahlung mit Quittung)
 Beihilfeberechtigt
 Post-Beihilfe
 private Vollversicherung
 private Zusatzversicherung

(Name der Versicherungsgesellschaft)

(falls privat versichert, welcher Versicherungstarif?)

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

**Bitte füllen Sie diesen Fragebogen möglichst vollständig und leserlich aus.
Nicht zutreffende oder relevante Fragen brauchen nicht beantwortet zu werden.**

Ihre Therapeuten

Fachrichtung	Name	Ort	Telefonnummer
Heilpraktiker			
Hausarzt			
Zahnarzt			
Gynäkologe			

Weitere Ärzte: _____

sonstiges

Anzahl Kinder: _____

Anzahl Schwangerschaften: _____

Hatten Sie Ausschabungen oder

Abtreibungen?

Alter bei der ersten Periode? _____

Menopause seit: _____

Impfungen

- Polio (Kinderlähmung) (IPV)
 Scharlach
 Mumps (MMR)
 Diphtherie (DTP)
 Grippe
 Tuberkulose (BCG)
 Windpocken
 Masern (MMR)
 Tetanus (DTP)
 Cholera
 Hib (Haemophilus influenzae)
 Hepatitis B
 Röteln (MMR)
 Keuchhusten (DTP)
 Gelbfieber

Weitere Impfungen: _____

Gab es Reaktionen auf die Impfung?

- Fieber
 Krämpfe
 Unruhe
 Ängste
 Schlaflosigkeit
 Verhaltenänderungen

Weitere Impfreaktionen: _____

Cave:

Was ist Ihr Anlass in meine Praxis zu kommen?

Unter welchen aktuellen Beschwerden leiden Sie?

1.

2.

3.

4.

5.

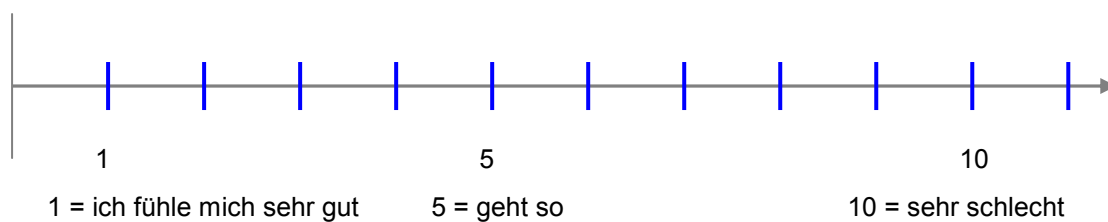
<p>Welches Ereignis ging (un-)mittelbar vor Eintreten der Beschwerden voraus?</p> <p>(Erkrankung, Medikamenteneinnahme, Unfall/Verletzung, körperliche Anstrengung, Operation, Trauer, Stress, Schreck, große Freude, Hautausschläge, kürzlicher Auslandsaufenthalt, Speisenaufnahme, Grill-Essen, Fettreiche Speisen, erhöhter Alkoholkonsum, ect.)</p>	<p>Wann traten die Symptome das erste Mal auf?</p>
<p>Traten die Beschwerden bereits zu einem früheren Zeitpunkt auf?</p> <p><input type="radio"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein</p>	<p>Traten die Beschwerden regelmäßig oder in einem bestimmten Schema auf?</p> <p><input type="radio"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein</p>
<p>In welches Schema treten die Beschwerden auf?</p> <p><input type="radio"/> regelmäßig <input type="radio"/> unregelmäßig</p> <p><input type="radio"/> Zeitweise <input type="radio"/> permanent</p> <p><input type="radio"/> tagsüber <input type="radio"/> nachts</p> <p><input type="radio"/> bei Bewegung <input type="radio"/> auch in Ruhe</p> <p><input type="radio"/> nach dem Essen</p>	<p>Unter welchen Voraussetzungen lassen die Beschwerden nach?</p> <p><input type="radio"/> Kälte <input type="radio"/> Wärme</p> <p><input type="radio"/> Ruhe <input type="radio"/> Stress</p> <p><input type="radio"/> Hunger <input type="radio"/> Essen</p> <p><input type="radio"/> Körperhaltung <input type="radio"/> Bewegung</p>

<p>Waren Sie wegen Ihrer Beschwerden in ärztlicher Behandlung?</p> <p><input type="radio"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein</p>	<p>Wann waren Sie das letzte Mal bei einem Arzt und was war der Anlass?</p>
<p>Gibt es ärztliche Befunde und Laborergebnisse? (wenn ja bitte mitbringen)</p> <p><input type="radio"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein</p>	<p>Leiden Sie unter Allergien und/oder Unverträglichkeiten?</p> <p><input type="radio"/> Lebensmittel <input type="radio"/> Neurodermitis</p> <p><input type="radio"/> Schuppenflechte <input type="radio"/> Asthma bronchiale</p> <p>Weitere:</p>

Welche konkreten Verbesserungen wünschen Sie sich mit der Therapie?

1. _____
2. _____
3. _____

Wie stufen Sie Ihr Allgemeinbefinden ein?



Welche Medikamente nehmen Sie aktuell?

Blutgerinnungshemmer:

Herzmittel:

Digitalis

Anaphylaktoid:

Haben sie ein Notfallset? (Antihistaminikum, Kortison, Adrenalin)

Medikamententyp:

Name:

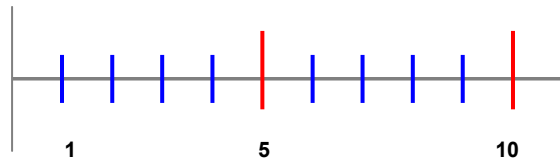
Frauen

- | | |
|---|-------------------------------|
| <input type="radio"/> Herz-/Kreislaufmittel | <input type="radio"/> täglich |
| <input type="radio"/> Rheumamittel (NRSA) | <input type="radio"/> täglich |
| <input type="radio"/> Glukokortikoide (Kortison) | <input type="radio"/> täglich |
| <input type="radio"/> Insulin (Diabetes mellitus) | <input type="radio"/> täglich |
| <input type="radio"/> Schmerzmittel | <input type="radio"/> täglich |
| <input type="radio"/> Abführmittel | <input type="radio"/> täglich |
| <input type="radio"/> Psychopharmaka | <input type="radio"/> täglich |

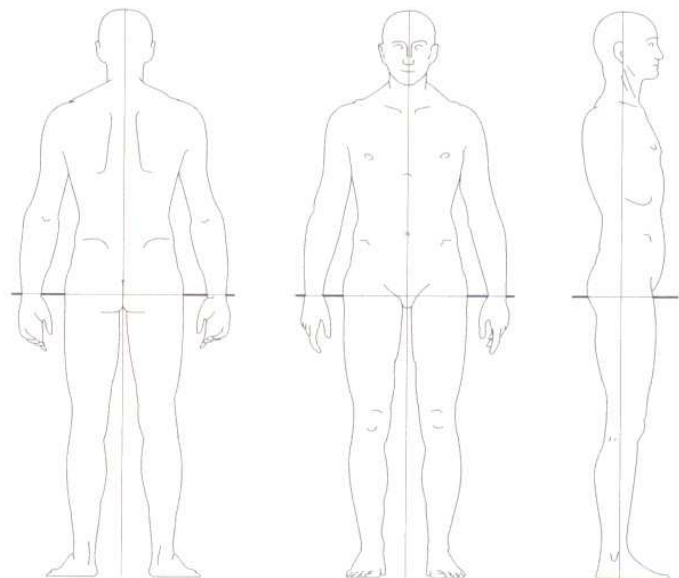
- Pille
- Spirale
- Diaphragma

Weitere Medikamente:

Wie stufen Sie die Schmerzintensität ein?



- 1 – sehr geringe Schmerzen
- 5 – starke Schmerzen
- 10 – nicht auszuhaltende Schmerzen



Wo sind Ihre Schmerzen?

Anmerkungen:

○ Kopf	○ Brust	○ Ober-/Unterbauch	○ Arme / Beine
<input type="radio"/> Scheitel	<input type="radio"/> Lunge/Bronchien	<input type="radio"/> unterm Brustbein	<input type="radio"/> Schulter
<input type="radio"/> rechts Schläfe	<input type="radio"/> Brustbeinregion	<input type="radio"/> Magenregion	<input type="radio"/> rechts <input type="radio"/> links
<input type="radio"/> links Schläfe	<input type="radio"/> Lungenspitze	<input type="radio"/> Rippenbogen	<input type="radio"/> Oberarme
<input type="radio"/> Stirn	<input type="radio"/> rechts <input type="radio"/> links	<input type="radio"/> rechts <input type="radio"/> links	<input type="radio"/> rechts <input type="radio"/> links
<input type="radio"/> Augenregion	<input type="radio"/> vorne	<input type="radio"/> Flanke	<input type="radio"/> Unterarme
<input type="radio"/> Hinterhaupt	<input type="radio"/> Rückenregion	<input type="radio"/> rechts <input type="radio"/> links	<input type="radio"/> rechts <input type="radio"/> links
<input type="radio"/> halbseitig	<input type="radio"/> Schlüsselbein	<input type="radio"/> Bauchnabelregion	<input type="radio"/> Hand
<input type="radio"/> rechts <input type="radio"/> links	<input type="radio"/> rechts <input type="radio"/> links	<input type="radio"/> Leistenregion	<input type="radio"/> rechts <input type="radio"/> links
<input type="radio"/> beidseitig	<input type="radio"/> Schulter rechts	<input type="radio"/> rechts <input type="radio"/> links	<input type="radio"/> Po-Region
<input type="radio"/> wandert von rechts nach links	<input type="radio"/> Schulter links	<input type="radio"/> Blasenregion	<input type="radio"/> rechts <input type="radio"/> links
<input type="radio"/> wandert von links nach rechts	<input type="radio"/> beim Atmen	<input type="radio"/> Schambereich	<input type="radio"/> Oberschenkel
<input type="radio"/> Gesicht		<input type="radio"/> Rückenregion	<input type="radio"/> rechts <input type="radio"/> links
<input type="radio"/> halbseitig		<input type="radio"/> Kreuzbereich	<input type="radio"/> Unterschenkel
<input type="radio"/> rechts <input type="radio"/> links		<input type="radio"/> Beckenbereich	<input type="radio"/> rechts <input type="radio"/> links
			<input type="radio"/> Fuß
			<input type="radio"/> rechts <input type="radio"/> links

Schmerzcharakteristik

Was löst die Schmerzen aus? _____

Wie häufig kommen die Schmerzen? _____

Wann kommen die Schmerzen? morgens mittags abends

Verbessert sich:	<input type="radio"/> im Liegen	<input type="radio"/> Bücken nach vorne	<input type="radio"/> beim Essen	<input type="radio"/> beim Pressen
Verschlechtert sich:	<input type="radio"/> im Liegen	<input type="radio"/> Bücken nach vorne	<input type="radio"/> beim Essen	<input type="radio"/> beim Pressen

Wie würden Sie die Schmerzen beschreiben?

hell, stechend, schneidend | dumpf mit Anfangsschmerz dumpf und diffus pulsierend

Weitere Angaben: _____

Häufig wiederkehrende Symptome

- | | | | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|--|--|---|
| <input type="radio"/> Husten | <input type="radio"/> Aphten | <input type="radio"/> Rhagaden | <input type="radio"/> Trockener Mund | <input type="radio"/> Herpes simplex |
| <input type="radio"/> Augenjucken | <input type="radio"/> Rote Augen | <input type="radio"/> Ohrenscherzen | <input type="radio"/> Sinusitis | <input type="radio"/> Herzschmerzen |
| <input type="radio"/> Sodbrennen | <input type="radio"/> Aufstoßen | <input type="radio"/> Magenschmerzen | <input type="radio"/> Verstopfung | <input type="radio"/> Durchfall |
| <input type="radio"/> Völlegefühl | <input type="radio"/> Blähungen | <input type="radio"/> Häufige Darmwinde | <input type="radio"/> Schmerzen beim Stuhlgang | <input type="radio"/> Schmerzen beim Wasserlassen |
| <input type="radio"/> Krämpfe | <input type="radio"/> Atemnot | <input type="radio"/> Druck in der Brust | <input type="radio"/> Rückenschmerzen | <input type="radio"/> Ruhelosigkeit |
| <input type="radio"/> Müdigkeit | <input type="radio"/> Schwindel | <input type="radio"/> Leistungsschwäche | <input type="radio"/> Hautjuckreiz | <input type="radio"/> Hautstörungen |
| <input type="radio"/> Appetitlos | <input type="radio"/> Heißhunger | <input type="radio"/> immer durstig | <input type="radio"/> Afterjucken | <input type="radio"/> Koliken |

Weitere Symptome: _____

Welche Vorerkrankungen hatten Sie?

Infektionskrankheiten

Kinderkrankheiten

- Masern Mumps Poliomyelitis (Kinderlähmung) Röteln
 Diphtherie Scharlach Pertussis (Keuchhusten) Varizella (Windpocken)

Magen-Darm-Infektionen

- Schigellenruhr Amöbenruhr Typhus abdominales Paratyphus
 Salmonellen HUS Enteritis infectiosa Cholera

Lungen- Atemwegs-Infektionen

- Tuberkulose (TBC) Epiglottitis HIB (Haemophilus influenzae)
 saisonale Grippe Vogelgrippe Schweinegrippe

Allgemeine und übergreifende Infektionen

- Mononukleose (EBV) Tetanus Gürtelrose (Herpes zoster) Grippe
 Gelbfieber Malaria Tropenkrankheiten HIV / AIDS
 Meningitis FSME (Lyme) Borreliose Hepatitis

Geschlechtskrankheiten

- Tripper (Gonorrhoe) Syphilis (Lues) Lymphogranuloma inguinale Ulcus molle

Weitere Infektionen: _____

Wurden die Infektionen mit Antibiotika behandelt?

ja nein

Krebserkrankungen (Metastasierungen):

- Brustkrebs Gebärmutterkrebs Magenkrebs Dickdarmkrebs Enddarmkrebs
 Leberkrebs Lymphdrüsenkrebs Nierenkrebs Pankreaskrebs Prostatakrebs
 Hirnkrebs Phäochromozytom Leukämie Lungenkrebs Knochenkrebs

Weitere Erkrankungen: _____

Herz- / Kreislaufferkrankungen:

- Herzinfarkt Koronare Herzerkrankungen Angina pectoris Arteriosklerose
 Schlaganfall Durchblutungsstörungen Venenerkrankungen Krampfadern

Weitere Erkrankungen: _____

Lungenerkrankungen:

- Lungen - Tbc Sarkoidose Asthma Bronchitis Lungenentzündung

Weitere Erkrankungen: _____

Nieren- und Harnwegserkrankungen:

- Niereninsuffizienz Nierensteine Nierenzyste Zystenniere Blasenentzündungen

Weitere Erkrankungen: _____

Leber- und Gallenwegserkrankungen:

- Leberinsuffizienz Gallensteine Hämochromatose (Eisenspeicherkrankheit)
 Leberzirrhose Gallenblasenentzündung M. Wilson (Kupferspeicherkrankheit)

Weitere Erkrankungen: _____

Stoffwechselerkrankungen:

- Diabetes Rheuma Gicht erhöhte Blutfette Fettsucht

Weitere Erkrankungen: _____

Neurologische Erkrankungen:

- Epilepsie MS (Multiple Sklerose) M. Ménière Nervenentzündung

Weitere Erkrankungen: _____

Psychische Erkrankungen:

- Geisteskrankheiten Selbstmordversuch Depressionen Manisch-Depressiv

Weitere Erkrankungen: _____

Sonstige bekannte Erkrankungen:

- Grüner Starr M. Bechterew Colitis ulcerosa Fibromyalgie Parkinson
 Grauer Starr M. Basedow Morbus Crohn Schilddrüsenunterfunktion
 M. Addison M. Paget Gastritis Schilddrüsenüberfunktion
 M. Cushing Arthritis Bluthochdruck häufige Mandelentzündung
 Skoliose Arthrosen Blutniederdruck Mittelohrentzündung
 Hämorrhoiden Krampfadern Zöliakie / Sprue Laktose- / Fruktoseintoleranz

Welche Operationen hatten Sie?

Gynäkologische Beschwerden

- Schwangerschaft hatten/haben Sie eine Problemschwangerschaft?
- Kaiserschnitt Vaginalgeruch diffuse Kleckerblutungen Uro-Genital-Rötung
 Dammschnitt Vaginal-Ausfluss Prämenstruelles Syndrom Vaginal-Pilz
 Zysten Myome Unterleibsschmerzen Entzündungen
 Klimakterium Zwischenblutungen schwache Blutungen leichte Blutungen

Männerleiden

- vergrößerte Prostata Phimose Ausfluss Penissschmerzen
 Erektionsstörungen Jucken Krampfadern am Hoden Schmerzende Hoden

Essverhalten

Haben Sie Probleme mit der Ernährung? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Halten Sie Diäten oder haben Sie besondere Essgewohnheiten? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Veränderungen der Nahrungsaufnahme – Mehr als Körperbedarf? <input type="radio"/> ja wenn ja: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Risiko für Übergewicht	Veränderungen der Nahrungsaufnahme – Weniger als Körperbedarf? <input type="radio"/> ja wenn ja: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Risiko für Untergewicht

 Heißhunger auf:

 Salz

 Süßes

 Fettiges

 Abneigung auf:

 Fleisch

 Gebrilltes

 Fettiges

Sonstiges: _____

Bitte notieren Sie, welche Nahrungsmittel Sie gegessen haben.

	Gestern	Heute
Morgens		
Mittags		
Abends		
Zwischenmahlzeiten		

Trinkverhalten

- weniger als 1 Liter
 1 - 2 Liter
 2 - 3 Liter
 mehr als 3 Liter
 sehr durstig

Was haben Sie getrunken?

Gewichtsverhalten

- kurzzeitig abgenommen
 kurzzeitig zugenommen
 ich faste
 Jo-Jo-Effekt

Ausscheidung

Stuhlgang

- täglich
 unregelmäßig
 nur 2-3 mal die Woche
 mehr als 3 mal am Tag
 stinkt sehr
 gelblich
 hell
 blutig
 hart
 schafskotartig
 weich
 wässrig
 schmierig
 wechselt hart/weich
 Gefühl nicht fertig zu sein
 kann Stuhl nicht halten

Harnverhalten

- viel
 wenig
 häufig
 selten
 sehr dunkel
 hell
 stotternd
 brennend / schmerzhaft
 verzögert
 stinkt / scharf
 kann kein Wasser lassen
 kann Urin nicht halten

Sexualverhalten

- vermindert
 verstärkt
 unbefriedigt
 Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

Gemüt

Gab es einschneidende Veränderungen in der Lebenssituation? Welche?	Existiert ein Selbstfürsorgedefizit?
Leiden Sie unter Ängsten? (z. B. Alleinsein, Dunkelheit, Höhenangst, Krankheiten etc.)	Sind Sie oft reizbar? Worauf?
Leiden Sie unter anhaltendem Kummer? Welchen?	Haben Sie finanzielle Sorgen?



Grollen Sie jemand?	Haben Sie Stress im Beruf?
Was ist Ihre größte Sorge im Leben?	Was ist Ihr größter Wunsch? Welche Ziele haben Sie im Leben?

Wie ist Ihr Konsumverhalten?

	Alkohol	Rauchwaren	Drogen	Abführmittel (Laxantien)
Mengen:			Welche?	

Sonstige Anmerkungen und Hinweise:

Körperliche Untersuchung

Gewicht: _____ Kg

Körpergröße: _____ cm

Temperatur: _____ °C

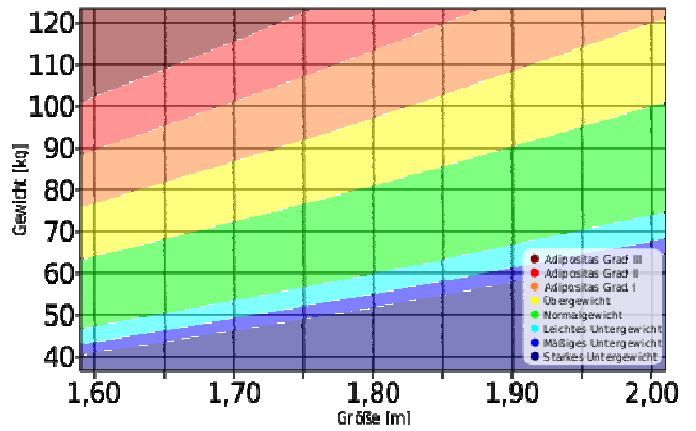
Blutdruck: _____ / _____ mm / Hg

Puls: _____ 1 / min

Blutzucker: _____ mg / dl

Pulsoximetrie: _____ %

BMI = Body-Mass-Index



Urintest (Combur-Streifen)

Laborparameter	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:
Spezifisches Gewicht				
Leukozyten				
Nitrit				
pH-Wert				
Blut				
Proteine				
Glukose				
Ascorbinsäure				
Ketone				
Urobilinogen				
Bilirubin				