

Patientenfragebogen

Nachname: _____	Vorname: _____	Geb.: _____
Strasse: _____	PLZ: _____	Ort: _____
Telefon (privat): _____	Telefon (geschäftl.): _____	
Krankenversicherung: _____	Beruf: _____	
	Email: _____	

	Derzeitige Hauptbeschwerden	Datum erste Symptome	Derzeitige Symptome
1			
2			
3			
4			

Wenn Sie über ärztliche Befunde verfügen, bringen Sie diese bitte zu Ihrer Erstbehandlung mit !!!

Wie haben sich Ihre Beschwerden im Laufe der Zeit verändert?

Zu welchen Tageszeiten sind Ihre Beschwerden deutlich wahrnehmbar?

Welche Medikamente nehmen Sie?

Was lindert Ihre Beschwerden?

Was verstärkt Ihre Beschwerden?

In welchen Tätigkeiten werden Sie durch Ihre Beschwerden eingeschränkt?

Tragen Sie hier bitte die Intensität Ihrer Gesamtschmerzen ein.

Markieren Sie bitte den Kreis, der Ihrer Schmerzintensität in der letzten Zeit am ehesten entspricht:

												
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	0 = „kein Schmerz“,			5= „Erträglichkeitsschwelle“,			10= „stärkster vorstellbarer Schmerz“					
	(bitte nur einen Kreis markieren)											

Bitte zeichnen Sie in diese Skizzen Ihr „Schmerzbild“ ein:

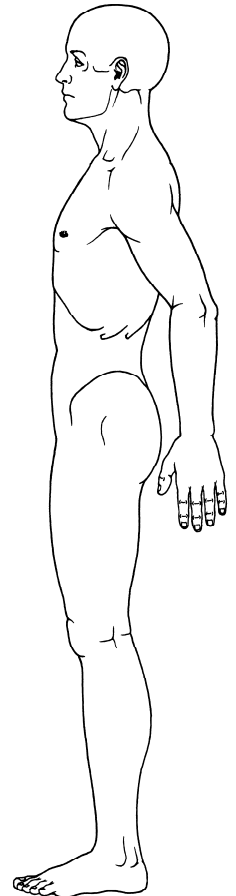
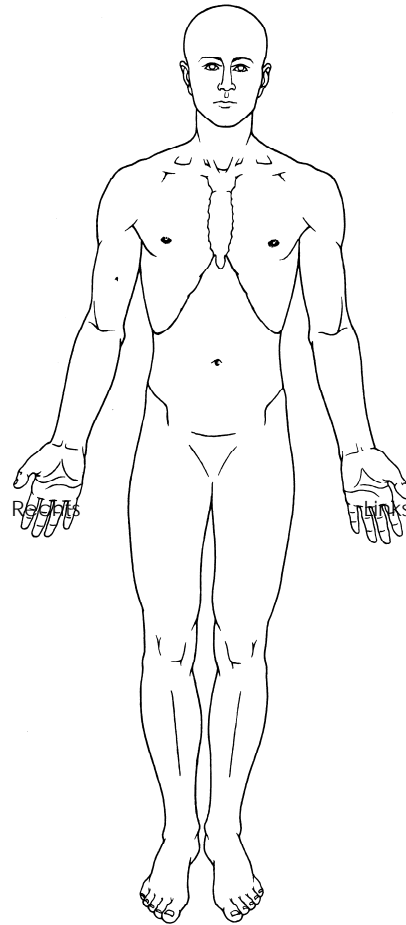
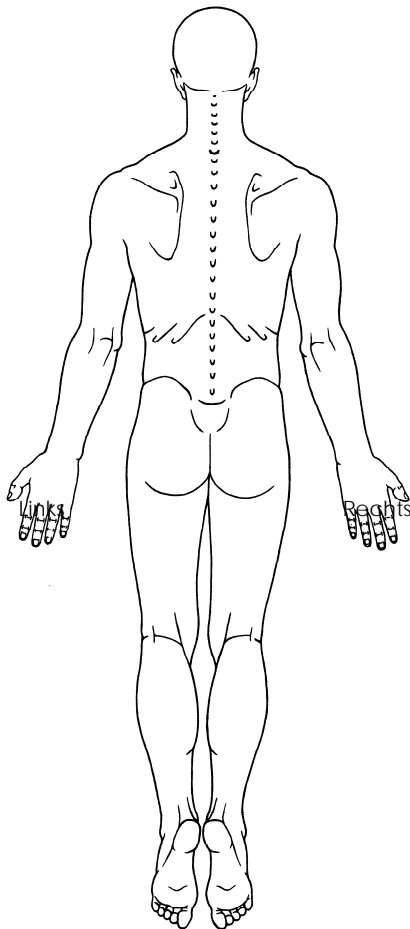
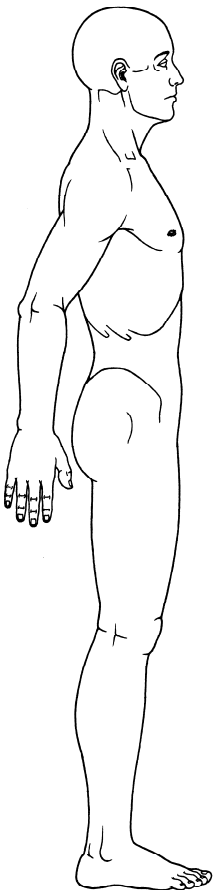
- Machen Sie ein Kreuz bei punktuellen Schmerzen \times
- Machen Sie einen Pfeil bei ausstrahlenden Schmerzen \longrightarrow
- Machen Sie eine Schraffur bei diffusen Beschwerden $////$
- Bezeichnen Sie jeden Schmerzbezirk mit einer Zahl von 1 bis 10 nach der Intensität der letzten Tage (wie oben)

Rechte Seite

Rückseite

Vorderseite

Linke Seite



Beschreiben Sie Ihre Beschwerden möglichst genau mit Ihren eigenen Worten:

ANAMNESE & EXPLORATION ⇨ internistisch

GEB.:	GRÖSSE :	GEWICHT :
--------------	-----------------	------------------

KARDIOVASKULÄRE RISIKOFAKTOREN

DIABETES MELLITUS	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	TYP I	<input type="checkbox"/>	TYP II	<input type="checkbox"/>		
HYPERTONIE (Bluthochdruck)	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>						
RAUCHEN	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	viel	<input type="checkbox"/>	mittel	<input type="checkbox"/>	wenig	<input type="checkbox"/>
NEGATIVER STRESS	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>						
BEWEGUNGSMANGEL	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>						

ORGANISCHE DYSFUNKTION

KARDIOLOGISCHE DYSFUNKTION (Herzerkrankungen)	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	Seit wann ? Welche Medikation?					
PULMONALE DYSFUNKTION (Lungenerkrankungen)	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	Seit wann ? Welche Medikation?					
UROLOGISCHE DYSFUNKTION (Erkrankungen Blase / Harnwege)	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	Seit wann ? Welche Medikation?					
DYSFUNKTION HEPAR ENDOKRINOLOGISCHE DYSFUNKTION (Lebererkrankungen) (Stoffwechselstörungen)	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	Seit wann ? Welche Medikation?					
GASTROENTEROLOGISCHE DYSFUNKTION (Magen - Darm - Erkrankungen)	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	Seit wann ? Welche Medikation?					
VASKULÄRE DYSFUNKTION (Gefässerkrankungen venös / arteriell)	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	Seit wann ? Welche Medikation?					

ANAMNESE & EXPLORATION ⇨ orthopädisch / traumatologisch

WIRBELSÄULE / BECKENSTELLUNG	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>						
HÜFTGELENKE	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>						
KNIEGELENKE	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>						
SPRUNGGELENKE	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>						
SCHULTERGELENKE	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>						
ELLENBOGEN- / HANDGELENKE	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>						
SCHULTERBLÄTTER / THORAX	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>						

ANAMNESE & EXPLORATION ⇄ neurologisch**KOMPRESSIONSSYNDROME**nein ja

(Z.B. Karpaltunnel Syndrom, TOS)

Morbus Parkinson / Multiple Sklerosenein ja **Schlaganfall**nein ja **SONSTIGE :**