

Erstkontaktfragebogen

Um Sie gründlich und gezielt untersuchen zu können, benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Falls eine Frage unklar ist, lassen Sie sie einfach aus. Wir schauen sie uns später gemeinsam an. Vielen Dank!



Name: _____ Hobbys: _____

Beruf: _____

Allergien:	Ja	Nein	
Sind Sie allergisch gegen Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche? _____
Reagieren Sie empfindlich auf Latex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Andere Allergien, die für die Behandlung wichtig sein könnten?	_____		

Sind Sie bei einer der folgenden Berufsgruppen in Behandlung?

	Ja	Nein		Ja	Nein
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychiater/Psychologe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteopath	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Physiotherapeut/Krankengymnast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chiropraktiker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere:	_____				

Datum der letzten Untersuchung: _____

Gehen Sie zu den altersentsprechenden Vorsorgeuntersuchungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Sie in den letzten drei Monaten aufgrund von Beschwerden bei einer der oben angegebenen Berufsgruppen behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Falls ja, um welche ging es? _____

Wurde bei Ihnen jemals eine der folgenden Erkrankungen diagnostiziert? Bitte ankreuzen.

	Ja	Nein	
Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche Art? _____
Herzprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welcher Art? _____
hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kreislaufprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Thrombose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Magengeschwüre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welcher Art? _____
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten, anderen Substanzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schilddrüsenprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
rheumatoide Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
andere entzündliche Gelenkerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
andere _____			

	Ja	Nein
Haben Sie sich im letzten Monat niedergeschlagen, hoffnungslos oder depressiv gefühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie sich im letzten Monat für nichts interessiert und an nichts Freude gefunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie jemals von Ihrem Partner oder einer anderen Ihnen nahestehenden Person bedroht, verletzt oder eingeschüchtert worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte nennen Sie alle bei Ihnen durchgeführten Operationen und jeden Krankenhausaufenthalt mit Grund und ungefährem Datum:

1. _____
2. _____
3. _____

Bitte nennen Sie alle ernsthaften Verletzungen, für die Sie behandelt werden mussten (zum Beispiel Knochenbrüche, Bandverletzungen) und das ungefähre Datum der Verletzung:

Datum	Verletzung	Datum	Verletzung
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Wurde eines Ihrer Familienmitglieder (Eltern, Geschwister) jemals wegen einer der folgenden Erkrankungen behandelt? Bitte ankreuzen.

	Ja	Nein		Ja	Nein
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abhängigkeit (Alkohol, Medikamente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
entzündliche Gelenkerkrankung (Rheuma, M. Bechterew)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Welche der folgenden Medikamente haben Sie in der vergangenen Woche eingenommen?

	Verordnet	Nicht verordnet		Verordnet	Nicht verordnet
Aspirin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vitamine, Mineralien (Nahrungsergänzung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paracetamol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pflanzliche Mittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ibuprofen, Diclofenac etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	andere, nicht verordnete Mittel:	_____	_____
Medikamente gegen Magengeschwüre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Bitte listen Sie die Medikamente auf, die Sie auf Verordnung Ihres Arztes derzeit einnehmen (Tabletten, Injektionen, Medikamentenpflaster etc.):

1. _____ 2. _____ 3. _____
 4. _____ 5. _____ 6. _____

Genussmittel:

Wie viel Kaffee oder andere koffeinhaltige Getränke konsumieren Sie pro Tag? _____
 Wie viele Zigaretten rauchen Sie pro Tag? _____ Seit wie vielen Jahren? _____
 Wann haben Sie mit dem Rauchen aufgehört? _____
 An wie vielen Tagen pro Woche trinken Sie Alkohol? _____
 Wie viele Gläser Bier, Wein oder Ähnliches trinken Sie an diesen Tagen? _____

Bitte kreuzen Sie aktuelle Beschwerden an, die für Sie neu, ungewöhnlich oder atypisch sind:

	Ja	Nein		Ja	Nein
Gewichtsveränderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gelenk-, Muskelschwellung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit, Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	unerklärliche Hämatome (blaue Flecken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	starke Blutung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwächegefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	regelmäßiges Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fieber, Schüttelfrost, Schwitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arm-, Beinschwellung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kribbeln oder Taubheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzrasen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zittern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden, Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sodbrennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doppelbilder sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verstopfung, Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verlust der Sehschärfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blut im Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gerötete Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Klimakterium, Wechseljahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautausschlag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Probleme beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urininkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Störungen in der Sexualfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blut im Urin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nächtliches Schwitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(mögliche) Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hörstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stress bei der Arbeit oder zu Hause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Unterschrift Therapeut Datum Unterschrift Patient Datum

William Boissonnault 2010, übersetzt von Kerstin Lütke