Erstkontaktfragebogen

Um Sie gründlich und gezielt untersuchen zu können, benötigen wir von Ihnen einige wichtige Informationen. Wenn Sie eine Frage nicht verstehen, lassen Sie sie zunächst aus, wir helfen Ihnen gern. Vielen Dank!

NAME:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_HOBBIES:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

BERUF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Allergien:**  Sind Sie allergisch gegen Medikamente?\_\_\_\_\_\_welche?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Reagieren Sie empfindlich auf Latex? JA NEIN  Andere Allergien, die für die Behandlung wichtig sein könnten?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Sind Sie bei einer der folgenden Berufsgruppen in Behandlung?**

\_\_Hausarzt \_\_Psychiater/Psychologe \_\_Andere:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_Osteopath \_\_Physiotherapeut/Krankengymnast

\_\_Zahnarzt \_\_Chiropraktiker

Datum der letzten Untersuchung:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gehen Sie zu den alters entsprechenden Vorsorgeuntersuchungen? JA NEIN

Für welche Art von Beschwerden wurden Sie in den letzten drei Monaten bei einer der oben angegebenen Berufsgruppen behandelt?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Wurde bei Ihnen jemals eine der folgenden Erkrankungen diagnostiziert?**

JA NEIN Krebs. Wenn JA, welche Art?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

JA NEIN Herzprobleme. Wenn JA, welcher Art?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

JA NEIN Hoher Blutdruck

JA NEIN Kreislaufprobleme

JA NEIN Asthma

JA NEIN Magengeschwüre

JA NEIN Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten, anderen Substanzen

JA NEIN Schilddrüsenprobleme

JA NEIN Diabetes

JA NEIN Multiple Sklerose

JA NEIN Rheumatoide Arthritis

JA NEIN Andere entzündliche Gelenkserkrankungen

JA NEIN Depressionen

JA NEIN Hepatitis

JA NEIN Tuberkulose

JA NEIN Schlaganfall

JA NEIN Nierenerkrankungen.Wenn JA, welche Art?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

JA NEIN Thrombose

JA NEIN Osteoporose

JA NEIN Andere\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Haben Sie sich im letzten Monat niedergeschlagen, hoffnungslos oder depressiv gefühlt? JA NEIN

Haben Sie sich im letzten Monat für nichts interessiert und an nichts Freude gefunden? JA NEIN

Sind Sie jemals von Ihrem Partner oder einer anderen Ihnen nahestehenden Person bedroht, verletzt oder eingeschüchtert worden? JA NEIN

**Bitten nennen Sie alle Operationen, die bei Ihnen durchgeführt wurden und jeden Krankenhausaufenthalt unter Angabe von Grund und Datum:**

1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Bitte nennen Sie alle ernsthaften Verletzungen, für die Sie behandelt werden mussten (z.B. Knochenbrüche, Bandverletzungen, ...) und das ungefähre Datum der Verletzung:**

DATUM VERLETZUNG DATUM VERLETZUNG

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Wurde ein Familienmitglied (Eltern, Geschwister) von Ihnen jemals wegen einer der folgenden Erkrankungen behandelt?**

JA NEIN Diabetes JA NEIN Krebs

JA NEIN Herzerkrankung JA NEIN Abhängigkeit (Alkohol, Medikamente)

JA NEIN hoher Blutdruck JA NEIN Depressionen

JA NEIN Schlaganfall JA NEIN Nierenerkrankung

JA NEIN Entzündliche Gelenkerkrankung (Rheuma, M.Bechterew)

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

verordnet nicht verordnet

Aspirin JA NEIN JA NEIN

Paracetamol JA NEIN JA NEIN

Ibuprofen, Diclofenac, etc JA NEIN JA NEIN

Medikamente gegen Magengeschwüre JA NEIN JA NEIN

Vitamine/Mineralien (Nahrungsergänzung) JA NEIN JA NEIN

Pflanzliche Mittel JA NEIN JA NEIN

Andere, die Ihnen nicht verordnet wurden:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_3.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_5.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_6.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wieviel Kaffee oder andere koffeinhaltige Getränke konsumieren Sie pro Tag?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wieviele Zigarreten rauchen Sie pro Tag?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Seit wie vielen Jahren?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Wann haben Sie mit dem Rauchen aufgehört?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

An wie vielen Tagen pro Woche trinken Sie Alkohol?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wieviele Gläser Bier oder Wein o.ä. trinken Sie an diesen Tagen?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bitte umkreisen Sie die derzeitigen Beschwerden, die für Sie NEU, UNGEWÖHNLICH oder ATYPISCH sind:

JA NEIN Gewichtsveränderung JA NEIN Gelenk-/Muskelschwellung

JA NEIN Übelkeit/Erbrechen JA NEIN unerklärte Hämatome (blaue Flecken)

JA NEIN Schwindel JA NEIN starke Blutung

JA NEIN Müdigkeit JA NEIN Atemnot

JA NEIN Schwächegefühl JA NEIN regelmäßiges Husten

JA NEIN Fieber, Schüttelfrost, Schwitzen JA NEIN Arm-/Beinschwellung

JA NEIN Kribbeln oder Taubheit JA NEIN Herzrasen

JA NEIN Zittern JA NEIN Schluckbeschwerden

JA NEIN Anfallsleiden/Epilepsie JA NEIN Sodbrennen

JA NEIN Doppelbilder sehen JA NEIN Verstopfung/Durchfall

JA NEIN Verlust der Sehschärfe JA NEIN Blut im Stuhl

JA NEIN gerötete Augen JA NEIN Post Menopause /Wechseljahre

JA NEIN Hautausschlag JA NEIN Probleme beim Wasserlassen

JA NEIN Schlafstörungen JA NEIN Urininkontinenz

JA NEIN Störungen in der Sexualfunktion JA NEIN Blut im Urin

JA NEIN nächtliches Schwitzen JA NEIN (mögliche) Schwangerschaft

JA NEIN Hörstörungen JA NEIN Stress bei der Arbeit oder zu Hause

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift Therapeut Datum Unterschrift Patient Datum

© William Boissonnault 2010, Übersetzung Kerstin Lüdtke