

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

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

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

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

<u>DATUM</u>	<u>VERLETZUNG</u>	<u>DATUM</u>	<u>VERLETZUNG</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

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. _____

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 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 _____