

A. Fragen zur Person

		Datum:
Name:	Geb. am:	Als wieviertes Kind?
Straße:	Tel.:	Email:
PLZ-Ort:	Beruf:	
Gewicht:	Größe:	Haarfarbe:
Familienstand:	Kinder: (m, w, Geb.- Jahr)	
Wie alt sind, bzw. wurden ihre Eltern?	Vater: Mutter:	
Krankenkasse:	Beihilfe: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	

B. Fragen zu gegenwärtigen Beschwerden:

1. Unter welchen Beschwerden leiden Sie? (sortiert nach empfundener Wichtigkeit aufzählen)

*Bei Schmerzen: Bitte die Qualität des Schmerzes genau beschreiben.

(z.B. stechend, ziehend, drückend, brennend, schneidend, reißend, klopfend, schießend, pulsierend, lanzierend, krampfend, andauernd, anfallsweise, heftig, wie wund, unerträglich, periodisch, wandernd, taub, Ameisenlaufen, prickelnd, bohrend, ausstrahlend nach, o.a.)

a)

.....

Seit: zu welcher Tages-/Jahreszeit am schlimmsten:.....

besser durch: schlechter durch:.....
(Hitze, Kälte, Bewegung, Ruhe, etc.)

Schmerzen?*

b)

.....

Seit: zu welcher Tages-/Jahreszeit am schlimmsten:.....

besser durch: schlechter durch:.....
(Hitze, Kälte, Bewegung, Ruhe, etc.)

Schmerzen?*

c)

.....

Seit: zu welcher Tages-/Jahreszeit am schlimmsten:.....

besser durch: schlechter durch:.....
(Hitze, Kälte, Bewegung, Ruhe, etc.)

Schmerzen?*

d)

.....

Seit: zu welcher Tages-/Jahreszeit am schlimmsten:.....

besser durch: schlechter durch:.....
(Hitze, Kälte, Bewegung, Ruhe, etc.)

Schmerzen?*

e)

.....

Seit: zu welcher Tages-/Jahreszeit am schlimmsten:.....

besser durch: schlechter durch:.....
(Hitze, Kälte, Bewegung, Ruhe, etc.)

Schmerzen?*

f)

.....

Seit: zu welcher Tages-/Jahreszeit am schlimmsten:.....

besser durch: schlechter durch:.....
(Hitze, Kälte, Bewegung, Ruhe, etc.)

Schmerzen?*

Bei weiteren bitte Rückseite verwenden

2. Hatten Sie unmittelbar vor Ihren jetzigen Beschwerden irgendeine Erkrankung?

z.B. Erkältung, Fieber, Unfall, medikamentöse Behandlung, Zeckenbiss, etc.

nein

ja

Wenn ja, welche?

3. Hatten Sie in jüngerer Zeit eine starke emotionale Belastung?

z.B. Streit, Todesfall, Ärger am Arbeitsplatz, Unfall, Schrecksituation, etc.

nein

ja

Wenn ja, welche?

C. Fragen zur Befindlichkeit

1. Allgemein:

1. a) Zu welcher Tages-/Nachtzeit oder zu welcher Stunde fühlen Sie sich im Allgemeinen am schlechtesten / sind Ihre Beschwerden am stärksten?

morgens

mittags

abends

nachts

01 – 03 Uhr

03 – 05 Uhr

05 – 07 Uhr

07 – 09 Uhr

09 – 11 Uhr

11 – 13 Uhr

13 – 15 Uhr

15 – 17 Uhr

17 – 19 Uhr

19 – 21 Uhr

21 – 23 Uhr

23 – 01 Uhr

1. b) Zu welcher Jahreszeit fühlen Sie sich im Allgemeinen am schlechtesten / sind Ihre Beschwerden am stärksten?

Frühling

Sommer

Herbst

Winter

1. c) Ihre Beschwerden werden prinzipiell gebessert durch:

Wärme (z.B. Umschläge, Bäder, Sonne, Ofen)

Kälte (z.B. Umschläge, Eis, kühle Luft)

1. d) Wo fühlen Sie sich im Allgemeinen wohler?

Im warmen Zimmer

Im Freien

O bei offenem Fenster

1. e) Wie vertragen Sie im Allgemeinen:

feuchte Kälte	<input type="radio"/> gut	<input type="radio"/> schlecht	trockene Kälte	<input type="radio"/> gut	<input type="radio"/> schlecht
feuchte Wärme	<input type="radio"/> gut	<input type="radio"/> schlecht	Hitze	<input type="radio"/> gut	<input type="radio"/> schlecht
kalte trockene Luft	<input type="radio"/> gut	<input type="radio"/> schlecht	warmer Wind /Föhn	<input type="radio"/> gut	<input type="radio"/> schlecht
Sonne	<input type="radio"/> gut	<input type="radio"/> schlecht	kalter Wind	<input type="radio"/> gut	<input type="radio"/> schlecht
Sturm	<input type="radio"/> gut	<input type="radio"/> schlecht	Gewitter	<input type="radio"/> gut	<input type="radio"/> schlecht
Nebel	<input type="radio"/> gut	<input type="radio"/> schlecht	Zugluft	<input type="radio"/> gut	<input type="radio"/> schlecht

1. f) Sind sie druck- oder berührungsempfindlich?

nein

ja

Wenn ja, wogegen? Wo?

- | | | | | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|--|-------------------------------------|------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Hartliegen | <input type="radio"/> Anschlagen | <input type="radio"/> Anfassen | <input type="radio"/> Massieren | <input type="radio"/> enge Kleider | <input type="radio"/> Sonstiges |
| <input type="radio"/> am Hals | <input type="radio"/> an der Brust | <input type="radio"/> an der Taille | <input type="radio"/> an den Händen | <input type="radio"/> an den Füßen | <input type="radio"/> an den Genitalien |
| <input type="radio"/> an den Gelenken | <input type="radio"/> an Wunden | <input type="radio"/> Sonstiges: | | | |

2. Wärmeregulation

2. a) Haben Sie:

- | | | | | | |
|---|-------------------------------------|--|--------------------------------------|----------------------------------|---|
| <input type="radio"/> kalte Hände | <input type="radio"/> kalte Füße | <input type="radio"/> ein Fuß warm, ein Fuß kalt | <input type="radio"/> warme Hände | <input type="radio"/> warme Füße | <input type="radio"/> allg. Hitzegefühl |
| <input type="radio"/> allg. Kältegefühl | <input type="radio"/> Fieberneigung | <input type="radio"/> Hitzewallungen | <input type="radio"/> Schweißneigung | | |

2. b) Haben Sie derzeit Fieber?

Wie hoch, mit Schweiß, ohne Schweiß, Schüttelfrost:

3. Schweißneigung:

3. a) Ich schwitze hauptsächlich:

- | | | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="radio"/> stark | <input type="radio"/> wenig | <input type="radio"/> gar nicht | <input type="radio"/> schnell | <input type="radio"/> bei Aufregung | <input type="radio"/> nur nachts | <input type="radio"/> im Schlaf |
|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|

3. b) Hauptsächlich wo?

- Kopf Hinterkopf Stirn Gesicht Brust Achseln
 Hände Füße Nacken Rücken Genitalien

3. c) Der Schweiß ist:

- warm kalt klebrig übelriechend unangenehm Juckreiz verursachend
 Hautrötung verursachend Wäsche verfärbend erleichternd erschöpfend Sonstiges:

4. Neigen Sie zu Schwindel?

nein

ja

Wenn ja, wann tritt der Schwindel auf?

5. Ernährung:

5. a) Leiden Sie unter:

- Übelkeit Erbrechen Sodbrennen Magendruck Magenschmerzen Bauchweh
 Durchfall Blähungen Aufstoßen Sonstiges:

- Wann treten die Beschwerden auf?

- Wo sitzen die Schmerzen, wohin strahlen sie aus?

5. b) Wie ist ihr Appetit im Allgemeinen?

- normal gut Heißhunger schlecht Ekel vor dem Essen

5. c) Gegen welche Nahrungsmittel haben Sie eine Abneigung?

5. d) Bestehen Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

nein

ja

Wenn ja, welche?

5. e) Sie haben am ehesten Verlangen nach:

Süßem

Saurem

Scharfem

Fettigem

5. f) Welche Nahrungsmittel oder Genussmittel essen/trinken Sie besonders gern oder haben Heißhunger danach? z.B. Brot, Fleisch, Fisch, Käse, Kohl, Milch, Butter, Bier, Wein, Tee, Kaffee, Nikotin, etc.

5. g) Ihr Trinkbedürfnis/Durst ist:

normal

groß

gering

auf Warmes

auf Kaltes

nachts

Anmerkungen/Sonstiges:

6. Verdauung/Ausscheidung:

6. a) Wie ist ihr Stuhlgang?

tägl. mehrmals

täglich einmal

alle ___ Tage

morgens

nachts

Sonstiges

Neigung zu Verstopfung

Neigung zu Durchfall

Würmer

Hämorrhoiden

hell

hart

dunkel

fettig

schleimig

blutig

übelriechend

knollig

trocken

schafkotartig

bleistiftdünn

dünnflüssig

breiig

wässrig

schmerzhaft

drängend

Drang ohne Erfolg

dranglos

krampfartig

stechend

wundmachend

zurück-schlüpfend

O kann nicht halten

Anmerkungen/Sonstiges:

7. Harnentleerung

normal

langsam

schnell

Blasenschwäche

viel

wenig

häufig

hell

dunkel

klebrig

übelriechend

schmerzhaft

O kann ihn nicht halten/spont. Harnabgang

O Gefühl von Restharn

Anmerkungen/Sonstiges:

8. Schlaf

8. a) Sie schlafen:

- | | | | | | |
|--|--|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> schlecht | <input type="checkbox"/> ruhig | <input type="checkbox"/> unruhig | <input type="checkbox"/> kann nicht einschlafen | <input type="checkbox"/> kann nicht durchschlafen |
| <input type="checkbox"/> wache immer um ____ Uhr auf | <input type="checkbox"/> aufschreiend | <input type="checkbox"/> flach | <input type="checkbox"/> hochliegend | <input type="checkbox"/> sitzend | <input type="checkbox"/> kniend |
| <input type="checkbox"/> ausgestreckt | <input type="checkbox"/> zusammengerollt | <input type="checkbox"/> zugedeckt | <input type="checkbox"/> abgedeckt | <input type="checkbox"/> auf dem Bauch | <input type="checkbox"/> auf dem Rücken |
| <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> rede im Schlaf | <input type="checkbox"/> Zähneknirschen | <input type="checkbox"/> kalte Füße | <input type="checkbox"/> Füße herausgestreckt |

Anmerkungen/Sonstiges:

8. b) Fragen zu Ihren nächtlichen Träumen:

- | | | | | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|--|--|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> keine Träume | <input type="checkbox"/> Alpträume | <input type="checkbox"/> wiederkehrende Träume | <input type="checkbox"/> sehr bildhafte Träume | <input type="checkbox"/> verwirrte Träume | <input type="checkbox"/> Tagträume |
|---------------------------------------|------------------------------------|--|--|---|------------------------------------|

Traum inhalte:

9. Seelische Befindlichkeit

9. a) Ihre allgemeine Stimmungslage ist:

- | | | | | | |
|--------------------------------------|--|------------------------------------|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> traurig | <input type="checkbox"/> depressiv | <input type="checkbox"/> ängstlich | <input type="checkbox"/> euphorisch | <input type="checkbox"/> gleichgültig | <input type="checkbox"/> verwirrt |
| <input type="checkbox"/> vergesslich | <input type="checkbox"/> einsam | <input type="checkbox"/> isoliert | <input type="checkbox"/> unverstanden | <input type="checkbox"/> ungerecht behandelt | <input type="checkbox"/> zu Tränen geneigt |
| <input type="checkbox"/> nervös | <input type="checkbox"/> hysterisch | <input type="checkbox"/> aggressiv | <input type="checkbox"/> wütend | <input type="checkbox"/> impulsiv | <input type="checkbox"/> misstrauisch |
| <input type="checkbox"/> hilflos | <input type="checkbox"/> Sonstiges:
..... | | | | |

9. b) Leiden Sie an Ängsten?

- | | | | | | |
|--|--|--------------------------------------|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Platzangst | <input type="checkbox"/> Höhenangst | <input type="checkbox"/> Schlangen | <input type="checkbox"/> Spinnen | <input type="checkbox"/> Gewitter | <input type="checkbox"/> Menschen |
| <input type="checkbox"/> Alleinsein | <input type="checkbox"/> Dunkelheit | <input type="checkbox"/> Wasser | <input type="checkbox"/> Feuer | <input type="checkbox"/> um die Gesundheit | <input type="checkbox"/> vor dem Tod |
| <input type="checkbox"/> vor dem Einschlafen | <input type="checkbox"/> vor dem Fliegen | <input type="checkbox"/> vor Brücken | <input type="checkbox"/> Prüfungsangst | <input type="checkbox"/> Angst vor Zahnarzt, Spritzen etc | <input type="checkbox"/> Sonstiges:
..... |

9. c) Leiden Sie an Zwängen, Süchten oder Tics?

nein

ja

Wenn ja, an welchen?

10. Kindheit und Familienbeziehungen

10. a) Sind Sie bei beiden Elternteilen aufgewachsen?

nein

ja

Wenn nein, bei welchem?

10. b) Wie würden Sie Ihre Eltern beschreiben?

Mutter:

.....

Vater:

10. c) Wie verstehen oder verstanden Sie sich mit Ihren Eltern? Zu welchem Elternteil hatten oder haben Sie die bessere Beziehung?

10. d) In Ihrer Kindheit fühlten Sie sich (Beziehung zu Eltern und Geschwistern):

glücklich

geliebt

geborgen

angenommen

unterstützt

verstanden

streng, aber
gerecht
behandelt

ungerecht
behandelt

einsam

vernachlässigt

als „Gewinner“

als „Verlierer“

Anmerkungen/Sonstiges:

10. e) Fällt Ihnen etwas Besonderes zu Ihrer Kindheit ein?

10. f) Gab es schon einen Sterbefall unter Ihren nahen Verwandten?

nein

ja

11. Partnerschaft

Beschreiben Sie die Beziehung zu Ihrem Partner: z.B. seit wann bestehend, Konflikte, Harmonie, etc.

D. Fragen zur Krankheitsgeschichte

1. Sind von Ärzten, Heilpraktikern oder in Krankenhäusern schon Diagnosen gestellt worden, Erkrankungen festgestellt und behandelt worden?

nein

ja

Wenn ja, welche?

2. Nehmen oder nahmen Sie Medikamente oder homöopathische Mittel?

nein

ja

Wenn ja, welche?

3. Hatten Sie in jüngerer Zeit eine Röntgenuntersuchung oder eine Strahlenbehandlung?

nein

ja

- Wenn ja, welche?

- Welches Körperteil war betroffen?

4. Welche Organerkrankungen haben Sie durchgemacht?

- | | | | | | |
|---------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Kopf | <input type="radio"/> Augen | <input type="radio"/> Ohren | <input type="radio"/> Nase | <input type="radio"/> Stirnhöhlen | <input type="radio"/> Kiefer |
| <input type="radio"/> Hals | <input type="radio"/> Mandeln | <input type="radio"/> Schilddrüse | <input type="radio"/> Herz | <input type="radio"/> Lymphsystem | <input type="radio"/> Lunge |
| <input type="radio"/> Bronchien | <input type="radio"/> Magen | <input type="radio"/> Darm | <input type="radio"/> Leber | <input type="radio"/> Galle | <input type="radio"/> Bauchspeicheldrüse |
| <input type="radio"/> Milz | <input type="radio"/> Niere | <input type="radio"/> Blase | <input type="radio"/> Eierstöcke | <input type="radio"/> Gebärmutter | <input type="radio"/> Brustdrüse |
| <input type="radio"/> Prostata | <input type="radio"/> Haare | <input type="radio"/> Nägel | <input type="radio"/> Muskeln | <input type="radio"/> Gefäße | <input type="radio"/> Knochen |
| <input type="radio"/> Gelenke | <input type="radio"/> Wirbelsäule | <input type="radio"/> Drüsen | <input type="radio"/> Genitalien | <input type="radio"/> Nerven | <input type="radio"/> Blut |
| <input type="radio"/> Gemüt | <input type="radio"/> Stoffwechsel | <input type="radio"/> Haut | | | |

Genauere Bestimmung: z.B. Asthma, TBC, Krebserkrankungen, Geschwüre, Gelbsucht, Gallensteine, Nierenentzündung, Nierensteine, Diabetes, Bluthochdruck, Krampfadern, Anämie, Rheuma, Gicht, Warzen, Herpes, etc.

5. Welche Infektionskrankheiten hatten Sie?

- Masern
- Mumps
- Röteln
- Scharlach
- Diphtherie
- Keuchhusten
- Windpocken
- Tetanus
- Kinderlähmung
- Paratyphus
- Typhus
- Pfeiffersches Drüsenfieber
- Hepatitis A/B/C
- Borreliose
- Malaria
- Ruhr (Amöben, Salmonellen)
- Tuberkulose
- Tropenkrankheiten
- Geschlechtskrankheiten
- Sonstiges:

6. Wogegen wurden Sie geimpft?

- Masern
- Mumps
- Röteln
- Keuchhusten
- Diphtherie
- Tetanus
- Kinderlähmung
- HIB
- Windpocken
- Tuberkulose
- FSME (Zecken)
- Grippe
- Hepatitis A
- Hepatitis B
- Gelbfieber
- Typhus
- Pocken
- Sonstiges:

7. Wurden an Ihnen Operationen durchgeführt?

- nein
- ja

Wenn ja, welche?

8. Welche Verletzungen hatten Sie?

z.B. Geburtsverletzungen, Gehirnerschütterungen, Knochenbrüche, Kriegsverletzungen, Unfälle, Erfrierungen, Verbrennungen, etc.

Welche?

9. Hatten Sie Vergiftungen oder waren/sind Sie giftigen Stoffen ausgesetzt?

z.B. verdorbene Lebensmittel, Chemikalien, Schwermetalle, Dämpfe, etc.

- nein
- ja

Wenn ja, welche?

10. Bestehen oder bestanden Allergien? z.B. Pollen, Medikamente, Hausstaub, Tierhaare, Lebensmittel, etc.

- nein
- ja

Wenn ja, welche?

11. Ihre Zähne sind:

- gesund
 - saniert
 - saniert mit Wurzelfüllung
 - Fehlende/zerstörte Zähne:
- sanierungsbedürftig
 - kariös
 - Zahnstein
 - Material des Zahn-ersatzes/ Füllungen:.....

12. Hatten oder haben Sie Hautausschläge oder Krankheiten, die mit Hautausschlägen verbunden sind?

- nein
- ja

- Wenn ja, wo?
- Wie sieht der Ausschlag aus?
z.B. schuppig, trocken, nässend, klebrig, rissig, sich ausbreitend, flächig, begrenzt, erhaben, entzündet, Farbe
- Wie fühlt sich der Ausschlag an? z.B. juckend, heiß, brennend, schmerzhaft, etc.
- Wodurch besser, wodurch schlechter? z.B. Hitze, Kälte, Wasser, etc.
- Sonstige Hauterkrankungen: z.B. Pickel, Mitesser, Warzen, Herpes, Furunkel

E. Familienanamnese

Welche Erkrankungen in ihrer Familie (nahe Verwandtschaft) sind Ihnen bekannt?
z.B. Krebs, TBC, Geisteskrankheiten, Süchte, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Epilepsie, Asthma, Diabetes, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Rheumatismus, MS, Steinkrankheiten (z.B. Nieren od. Gallensteine), chron. Bronchitis, etc.

Welche? Wer?

F. Zusatzfragen für Frauen

1. Fragen zur Regelblutung:

- 1. a) Wann war Ihre erste Regelblutung?
- b) Wann war Ihre letzte Regelblutung?

c) Welchen Abstand haben Ihre Blutungen/Zyklusdauer?

d) Wie viele Tage dauert Ihre Blutung?

e) Meine Regelblutung ist:

- normal stark schwach schmierend schmerzhaft Zwischenblutung
 unregelmäßig Sonstiges:

2. Fragen zu vorangegangenen Schwangerschaften/Geburten

2. a) Hatten Sie Beschwerden während einer Schwangerschaft?

- Schwangerschaftserbrechen Gestose Diabetes Drohende Frühgeburt Depression Sonstiges

2. b) Komplikationen bei einer Geburt? z.B. Kaiserschnitt, Dammriss, Infektion, etc.

3. Hatten Sie:

- Ausschabungen Aborte Totgeburten Abtreibungen
 Sonstiges:

Ort, Datum

Unterschrift