



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: _____

<p>Allergien: Sind Sie allergisch gegen Medikamente? _____ welche? Reagieren Sie empfindlich auf Latex? JA NEIN Andere Allergien, die für die Behandlung wichtig sein könnten? _____</p>
--

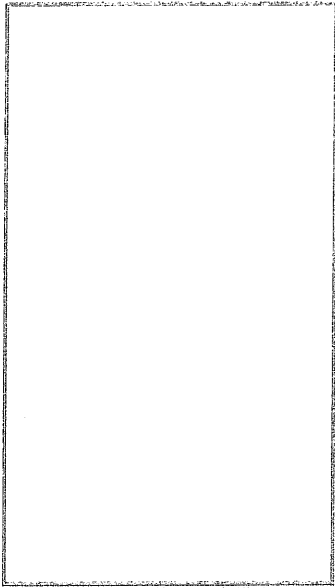
Sind Sie bei einer der folgenden Berufsgruppen in Behandlung?
 Hausarzt Psychiater/Psychologe Andere: _____
 Osteopath Physiotherapeut/Krankengymnast
 Zahnarzt Chiropraktiker

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 Gelenkerkrankungen
- 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:

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 Zigarren 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