

ERHEBUNGSBOGEN FÜR DEN ERSTBESUCH

Herzlichen Dank, dass Sie mir Ihr Vertrauen schenken und sich zur Behandlung in meine Praxis begeben möchten.

Am: _____

Damit Ihr Erstbesuch für Sie so effizient und hilfreich wie möglich ablaufen kann, lassen Sie sich nun bitte etwas Zeit. Antworten Sie so genau und umfassend wie möglich.

Bringen Sie am Besten auch alle schon vorhandenen gesundheitlichen Unterlagen zum Ersttermin mit! (Also Befunde, Diagnosen, Röntgenbilder usw.)

All das hilft dabei, die Zeit, in der ich einen ersten Eindruck von Ihrer derzeitigen Situation gewinne, kurz zu halten und spart eventuell auch Kosten.

Sollten Sie eine Frage nicht verstehen/beantworten wollen oder unsicher sein, lassen Sie sie einfach offen und wir sprechen nötigenfalls darüber.

Der Fragebogen ist durchaus umfangreich. Jedoch es ist für unsere gemeinsame Arbeit

auch entsprechend wichtig, dass ich Sie möglichst schnell und so gut wie möglich von „Kopf bis Fuß“ und „von innen und außen“ kennenlernen kann.

TIPP: bevor Sie mit der Beantwortung beginnen, lesen Sie den Fragebogen einmal komplett durch. Manche Punkte können sich inhaltlich durchaus überschneiden.

Ihre Daten werden

- ...nur genutzt zum Zweck der therapeutischen Information und Diagnostik.
- ...niemals ohne Ihre Zustimmung an Dritte weitergegeben.

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name, Vorname

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort:

Geboren am:

Geboren in:

Telefon/Handy:

eMail:

Darf ich Sie gelegentlich informativ per eMail kontaktieren? JA NEIN (Bitte ankreuzen)

Körpergröße:

derzeitiges Gewicht:

Beziehungsstatus: Single in Beziehung Verheiratet Geschieden Verwitwet

Hausarzt:

Sonstige Behandler (inkl. Thema):

Ich bin:

Baby/Kleinkind
im Kindergarten
Schüler(in)
Student(in)
Auszubildende(r)
Vollzeitmutter/-
vater/-betreuer(in)

Frührentner(in)
Rentner(in)
Privatier
Suchend (Azubi)
Suchend (Job)

Jobber/Praktikant(in)
Angestellt(e)
Verbeamtet
Freiberufler(in)
Führungskraft
Unternehmer(in)

WICHTIGER HINWEIS

Sie können diese Datei jederzeit speichern. Sie können auch die Bearbeitung unterbrechen, speichern und später weiter machen. Klicken Sie dazu oben links im Menü auf DATEI, dann auf SPEICHERN oder SPEICHERN UNTER... Senden Sie die ausgefüllte Datei zuletzt per eMail zurück



Wie haben Sie von mir/uns erfahren?

Aus der Familie

Von Freunden

Durch Bekannte

Durch Hörensagen

Aus der Zeitung

Per Internet

Durch Schilder

Sonstige

ANLASS / GRUND

Welches gesundheitliche Problem ist der Anlass für Ihren Behandlungswunsch?

Wurden/werden Sie deswegen bereits behandelt?

(Wenn ja, bitte ankreuzen)

Arzt

HP

Physiotherapeut

Osteopath

Heiler

sonstige

Name und Kontaktdaten (wenn verfügbar)

Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich derzeit, auf einer Skala von
1 (überhaupt nicht) - 10 (vollkommen)?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

MEDIKAMENTE

JA NEIN Unbek.

Nehmen Sie derzeit Medikamente (auch naturheilkundliche Mittel) ein?

Welche? (Mittel und Menge voll benennen, solche die Sie dauernd benötigen zuerst)

ALLERGIEN / UNVERTRÄGLICHKEITEN

JA NEIN Unbek.

Haben Sie Allergien gegen bestimmte Medikamente? Wenn ja, welche? Seit wann?

Leiden Sie allgemein unter bestimmten Allergien? Wenn ja, welche? Seit wann?

Bestehen Allergien gegen bestimmte Nahrungsmittel? Wenn ja, welche? Seit wann?

Bestehen Nahrungsmittelunverträglichkeiten? Wenn ja, welche? Seit wann?



VORERKRANKUNGEN / CHRONISCHES / OP

Bitte nennen Sie möglichst

alle schweren / chronischen Erkrankungen, an denen Sie leiden/litten:

alle Operationen (auch kosmetische) denen Sie sich unterzogen haben:

alle erlittenen Unfälle mit Verletzungen und deren Folgen:

alle sonstigen Krankhausaufenthalte mit Grund:

KRANKHEITEN

Welche Infektionskrankheiten haben Sie bereits durchgemacht?

(Bitte ankreuzen)

Masern	Mumps	Röteln	Windpocken
Keuchhusten	Typhus	Scharlach	Kinderlähmung
Borreliose	Malaria	Ruhr	Hepatitis
Meningitis	Tuberkulose	Pfeiffersches Drüsenfieber	
HIV/AIDS	sonstige		
	(Welche:)		

Gegen welche Erkrankungen sind Sie geimpft? evtl. Impfpass mitbringen

Gibt es in der Familie mehr als 2 Personen mit bestimmten, auffälligen Krankheitsbildern?

Herz	Bluter	Blutdruck	Anämien / Leukämien
Magen	Darm	Morbus Crohn	Colitis Ulcerosa
Nieren	Hirn	Diabetes	Neurodermitis
Lunge	Asthma	Morbus Cushing	Schilddrüse
Rheuma	Psyche	Alzheimer	Depression

Andere Erkrankung:



SELBSTEINSCHÄTZUNG - ICH BIN...

eher aktiv	ausgeglichen	eher passiv
eher offensiv	ausgeglichen	eher defensiv
eher extrovertiert (offen)	ausgeglichen	eher introvertiert (verschlossen)
eher optimistisch/positiv	ausgeglichen	eher pessimistisch/negativ
eher zufrieden	ausgeglichen	eher unzufrieden
eher glücklich	ausgeglichen	eher unglücklich
eher geduldig	ausgeglichen	eher ungeduldig
eher unterfordert	ausgeglichen	eher überfordert
eher kreativ	ausgeglichen	eher unkreativ
eher mutig	ausgeglichen	eher ängstlich

JA NEIN Unbek.

Treiben Sie regelmäßig Sport? Welchen? Wie oft, wie intensiv?			
Sind Sie Vegetarier/Veganer? Seit wann? Wie strikt?			
Schlafen Sie regelmäßig und ausreichend? Wie viele Stunden?			
Ist Ihr Schlaf erholsam?			
Haben Sie Einschlaf- oder Durchschlafstörungen?			
Haben Sie nachts Unruhe Schmerzen in den Beinen?			
Sprechen Sie im Schlaf?			
Haben Sie lebhaftere Träume/Alpträume?			
Leiden Sie unter nächtlichem Zähneknirschen?			
Schnarchen Sie?			
Ist Ihnen bekannt ob Sie im Schlaf Atemaussetzer haben?			
Bildet Ihr Körper bemerkbar starken Nachtschweiß?			
Haben Sie in letzter Zeit auffällig an Gewicht zugenommen?			
Haben Sie in letzter Zeit auffällig an Gewicht abgenommen?			
Sind Sie (in letzter Zeit) sehr nervös?			
Sind Sie (in letzter Zeit) sehr erschöpft?			
Leiden Sie zurzeit oder sonst öfters unter Fieber?			
Haben Sie seit kürzerer Zeit auffällig mehr Durst?			
Wie viel Flüssigkeit nehmen Sie im Durchschnitt tgl. zu sich? Ca. Liter			
Was trinken Sie bevorzugt?			
Rauchen Sie?			
Wenn ja, seit wann: wie viele Zigaretten tgl.:			
Alkoholkonsum?			
Haben Sie eine Suchtproblematik?			
Wenn ja, sprechen Sie mit mir bitte auch offen darüber!			



	JA	NEIN	Unbek.
Leiden Sie unter inneren/seelischen Problemen?			
Wenn ja, welcher Art?			
Sind Sie deswegen in Behandlung?			
Wenn ja, bei:			
SOZIALE SITUATION			
Haben Sie Kinder?			
Wenn ja, wie viele, wie alt?			
Sind Sie gut in Ihrer Familie eingebunden?			
Pflegen/betreuen Sie mehr oder weniger dauerhaft einen anderen Menschen?			
Wenn ja wen? Wie intensiv?			
Wann war Ihr letzter Urlaub?			
Wo? Wie lange?			
War der Urlaub für Sie erholsam und schön?			
Wurden Sie im Urlaub krank?			
Wenn ja, was für eine Erkrankung war es?			
Arztbesuch deshalb? Ja			
Im Krankenhaus deshalb? Ja Wie lange?			
Wie lange dauerte die Gesundung?			
Was trifft auf Freunde und Bekannte zu: (passendes anstreichen oder durchstreichen)			
Ich habe kaum keine echten Freunde			
Ich habe kaum keine Bekannten			
Ich will brauche bekomme keine Beziehungen zu anderen Menschen			
Ich habe kaum keine Möglichkeiten für Kontakte, bedingt durch Beziehung Familie Beruf Wirtschaftliche Lage Gesundheit			
Ich habe wenigstens eine/n beste/n Freund/in			
Ich habe einen kleinen großen Kreis enger guter Freunde			
Ich habe einen kleinen großen Bekanntenkreis			
Ich pflege meine Verbindungen aktiv kaum gar nicht			
Ich bin in einem Verein mehreren Vereinen aktiv passiv Mitglied			
Was trifft auf Ihre Wohnverhältnisse zu:			
Ich bin sehr zufrieden Es geht so Ich bin sehr unzufrieden			



Ich bin unzufrieden weil:

Ich lebe

in der Stadt	in der Vorstadt	in der Siedlung	im Dorf
im EF-Haus	im MF-Haus	im Hochhaus	in einer kleinen/großen Wohnung
oft/dauernd reisend		im Auto	im Hotel/in einer Pension
im Neubau	im Altbau	in einer WG	

Die Wohnung/das Haus

ist neu wurde kürzlich umfassend renoviert ist unsaniert / sehr Sanierungsbedürftig

Das Raumklima

ist eher trocken (Augenbrennen usw.) ist genau richtig ist eher feucht (es gibt Schimmel!)

Das wohnliche Lebensumfeld ist aus meiner Sicht:

Details zum Umfeld:

eher ruhig	normal	eher unruhig
eher sauber	normal	eher unsauber
eher sicher	normal	eher unsicher
eher gesund	normal	eher ungesund
eher schön	normal	eher hässlich

JA NEIN Unbek.

Sind Sie am Arbeitsplatz besonderen emotionalen Belastungen ausgesetzt?
Wenn ja, welchen / wie intensiv?

Sind Sie an Ihrem Arbeitsplatz bestimmten Schadstoffen ausgesetzt?
Wenn ja, welchen/wie intensiv?

Raum für weitere Ergänzungen



Kopfbereich	JA	NEIN	Unbek.
Leiden Sie unter Haarausfall?			
Schwindel?			
Ohnmachtsanfälle?			
Epileptische Anfälle?			
Kopfschmerzen?			
Gedächtnis- oder Wortfindungsstörungen?			
Haben Sie Probleme mit den Augen? Wenn ja, Wenn ja, Kurzsichtig Weitsichtig Augendruck			
Haben Sie Probleme mit dem Hören?			
Ohrenscherzen?			
Fließt manchmal Sekret aus dem Ohr?			
Haben Sie häufig oder langanhaltend Schnupfen?			
Bekommen Sie schlecht Luft durch die Nase?			
Leiden Sie häufiger an Nasenbluten?			
Haben Sie Zahnfüllungen? Wenn ja, welches Material wurde verwendet Amalgam Kunststoff Gold Keramik			
Haben Sie wurzelbehandelte Zähne?			
Tragen Sie Zahnersatz?			
Leiden Sie unter Mundtrockenheit?			
Leiden Sie unter Herpesbläschen?			
Leiden Sie unter Aphten? (Schmerzhafte offene Stellen im Mund)			
Leiden Sie unter Zungenbrennen?			
Sonstiges im Mund/Kiefer/Lippenbereich?			
Halsbereich	JA	NEIN	Unbek.
Haben Sie häufig wiederkehrende Halsschmerzen?			
Haben Sie Schmerzen beim Schlucken?			
Haben Sie Probleme beim Schlucken?			
Leiden Sie unter einem Kloßgefühl im Hals?			
Hat Ihr Halsumfang zugenommen?			
Leiden Sie unter Heiserkeit? Wenn ja, seit wann?			
Brustbereich	JA	NEIN	Unbek.
Leiden Sie unter Husten? Wenn ja, seit wann?			
Haben Sie Auswurf beim Husten? Wenn ja, Farbe des Auswurfs			
Leiden Sie unter Asthma?			
Ja, durch Stress Allergie Angeboren			
Leiden Sie unter Atemnot/Kurzatmigkeit?			
Haben Sie Druckgefühl oder Schmerzen in der Herzgegend?			
Leiden Sie unter Herzrasen oder Herzstolpern?			
Haben Sie manchmal ein Engegefühl im Brustkorb?			
Haben Sie manchmal das Gefühl, dass Ihnen das Essen in der Speiseröhre steckenbleibt?			



Leiden Sie unter Rückenschmerzen im oberen Brustbereich?			
Bauchbereich	JA	NEIN	Unbek.
Müssen Sie häufig Aufstoßen?			
Leiden Sie unter Sodbrennen?			
Leiden Sie unter Bauchschmerzen?			
Haben Sie Magenschmerzen vor dem Essen?			
Haben Sie Magenschmerzen nach dem Essen?			
Verspüren Sie neuerdings eine Abneigung gegen Fleisch?			
Haben Sie öfters ein Verlangen nach einer bestimmten Speise?			
Wenn ja, wonach?			
Leiden Sie unter Übelkeit und/oder Erbrechen?			
Leiden Sie unter Appetitlosigkeit?			
Leiden Sie öfter unter Blähungen?			
Haben Sie Probleme mit der Verdauung? Wenn ja, Verstopfung Durchfall beides im Wechsel			
Hat Ihr Stuhl die Farbe verändert? Wenn ja, in welcher Weise? sehr hell sehr dunkel/schwarz gelb Andere:			
Wie ist die Beschaffenheit/Form des Stuhls? hart knollig weich schmierig bleistiftdünn fettig-glänzend			
Haben Sie Blut im Stuhl bemerkt?			
Leiden Sie unter Hämorrhoiden?			
Harn- und Geschlechtsorgane	JA	NEIN	Unbek.
Haben Sie Schmerzen in der Nierengegend?			
Schmerzen beim Wasserlassen?			
Ist Ihnen eine Veränderung der Harnmenge aufgefallen? Wenn ja, ist es wesentlich mehr wesentlich weniger			
Ist eine Veränderung der Harnfarbe/Beschaffenheit aufgefallen? Wenn ja, wasserklar rötlich/rot dunkel (bierbraun) schaumig			
Haben Sie Blut im Urin bemerkt?			
Haben Sie häufigen Harndrang?			
Haben Sie eine Abschwächung des Harnstrahles festgestellt?			
Haben Sie Probleme den Urin willentlich zurückzuhalten?			
Müssen Sie nachts regelmäßig raus und Wasserlassen?			
Tritt ein Sekret aus der Harnröhre aus?			
Hat sich der Geruch Ihres Urins verändert? Wenn ja, beißend faulig Anderer Geruch:			
Sonstige Irritationen in der Genitalregion? Juckreiz Schuppen Belag Ausschlag Warzen Geschwüre			



Arme und Hände	JA	NEIN	Unbek.
Haben Sie steife oder geschwollene Gelenke?			
Haben Sie Schmerzen in Finger-/Hand-/Ellenbogen- oder Schultergelenk?			
Haben Sie (manchmal) Gefühlsstörungen in den Armen oder Händen?			
Schlafen Ihnen (nachts) die Hände ein?			
Leiden Sie an Durchblutungsstörungen der Hände?			
Zittern Ihre Hände (manchmal)?			
Leiden Sie unter Krämpfen in den Händen?			
Haben Sie eine Verringerung der Kraft in Händen oder Armen festgestellt?			
Beine und Füße	JA	NEIN	Unbek.
Leiden Sie unter Krampfadern?			
Treten Beinmuskelerkrankungen auf?			
Gelenkschmerzen in Zehen, Knöcheln, Knien oder Hüfte?			
Müssen Sie beim Gehen wegen Schmerzen stehen bleiben?			
Sind Ihre Beine oder Füße manchmal geschwollen?			
Haben Sie Gefühlsstörungen in den Beinen oder Füßen?			
Haben Sie häufig kalte Füße?			
Haut	JA	NEIN	Unbek.
Leiden Sie unter Hautveränderungen? Wenn ja, welche			
Haben Sie Narben? Wenn ja, wo			
Leiden Sie unter Juckreiz?			
Haben Sie morgens um die Augen herum Schwellungen?			
Treten in neuerer Zeit schnell blaue Flecken auf?			
Heilen bei Ihnen Hautwunden schlecht aus?			
Haben Sie Empfindungsveränderungen z.B.: heiß/kalt?			
Schwitzen Sie leicht?			
Frieren Sie schnell?			
Hautpilzbefall? Wenn ja, wo, wann, wodurch, wie oft?			



Abschnitt für weitere Angaben



Abschnitt für weitere Angaben