



Patientenform

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vor dem ersten Termin aus. Die Fragen beziehen sich auf Ihre Personalien, Beschwerden, Lebensumstände, Gewohnheiten und Konstitution.

PERSONALIEN

Anrede	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr
Name	Vorname	
Strasse Nr.	PLZ/Ort	
Geburtsdatum		
E-Mail	Telefon	
Krankenkasse	Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

BESCHWERDE(N)

Hauptbeschwerde

z. B. Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Emotionale Probleme, Müdigkeit usw.

ausführliche Beschreibung der Hauptbeschwerde

Seit wann? Wie angefangen? Verlauf, Tageszeit, Auslöser, verschlimmernde Faktoren (z.B. Kälte, Wärme, Feuchtigkeit, Stress, ...), verbessernde Faktoren, Schmerzqualität (z.B. stechend, ziehend, ...) usw.

Bisherige Therapien

Art, Dauer, Erfolg

Familiengeschichte

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kreislaufkrankheiten | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Allergien |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Übergewicht | <input type="checkbox"/> Nervenkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> rheumatische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> psychische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Tumore / Karzinome | <input type="checkbox"/> genetische Krankheiten | |
| <input type="checkbox"/> andere/Kommentare | | |



aktuelle Therapien

aktuelle Medikamente

Hatten Sie Operationen, schwere Krankheiten oder Unfälle?

ALLGEMEINES, KONSTITUTION

Wohlbefinden mental

0 20 40 60 80 100

0 - schlecht / 100 - sehr gut

Wohlbefinden körperlich

0 20 40 60 80 100

0 - schlecht / 100 - sehr gut

Gewohnheiten

Zigaretten

wieviel? _____

Kaffee

wieviel? _____

andere/Kommentare

Marihuana

wieviel? _____

Alkohol

wieviel? _____

Kinderkrankheiten

Keuchhusten/Pertussis

Diphtherie

Windpocken/Varizellen

andere/Kommentare

Röteln/Rubella

Masern

Mumps

Kinderlähmung

Scharlach

Viruskrankheiten

HIV

Hepatitis C

andere/Kommentare

Hepatitis A

Herpes/Herpes Zoster

Hepatitis B



Durst, Appetit

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> viel Durst | <input type="checkbox"/> wenig Durst | <input type="checkbox"/> Lust auf Kaltes |
| <input type="checkbox"/> Lust auf Warmes | <input type="checkbox"/> Heisshunger | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit |
| <input type="checkbox"/> Blähungen | <input type="checkbox"/> Völlegefühl | <input type="checkbox"/> Magenbrennen/Reflux |
| <input type="checkbox"/> starke Gewichtszunahme | <input type="checkbox"/> starke Gewichtsabnahme | <input type="checkbox"/> Störung des Geschmacksinn |
| <input type="checkbox"/> Bitterer Mundgeschmack | | |
| <input type="checkbox"/> andere/Kommentare | | |
-

Ausscheidung

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> wässriger Stuhl |
| <input type="checkbox"/> stark riechender Stuhl | <input type="checkbox"/> harter Stuhl | <input type="checkbox"/> Nahrungsreste im Stuhl |
| <input type="checkbox"/> Schleim im Stuhl | <input type="checkbox"/> Blut im Stuhl | <input type="checkbox"/> häufiges Urinieren |
| <input type="checkbox"/> häufiges nächtliches Urinieren | <input type="checkbox"/> trüber Urin | <input type="checkbox"/> Blut im Urin |
| <input type="checkbox"/> Brennen beim Urinieren | <input type="checkbox"/> Strahl langsam/schwach | <input type="checkbox"/> Blasenentzündung |
| <input type="checkbox"/> andere/Kommentare | | |
-

Schlaf

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Einschlafprobleme | <input type="checkbox"/> Durchschlafprobleme | <input type="checkbox"/> ungewolltes Aufwachen |
| <input type="checkbox"/> Träume | <input type="checkbox"/> Zähne knirschen | <input type="checkbox"/> unruhiger Schlaf |
| <input type="checkbox"/> häufige Müdigkeit | | |
| <input type="checkbox"/> andere/Kommentare | | |
-

Temperatur/Schwitzen

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kälteempfindungen | <input type="checkbox"/> Hitzeempfindungen | <input type="checkbox"/> bevorzugen Sie Kälte |
| <input type="checkbox"/> bevorzugen Sie Wärme | <input type="checkbox"/> kalte Hände | <input type="checkbox"/> kalte Füsse |
| <input type="checkbox"/> heisse Füsse/Hände v.a. Abends | <input type="checkbox"/> Fieber | <input type="checkbox"/> Hitzewallungen |
| <input type="checkbox"/> Nachtschwitzen | <input type="checkbox"/> Spontanschwitzen | <input type="checkbox"/> häufiges Schwitzen |
| <input type="checkbox"/> andere/Kommentare | | |
-

Kreislauf

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Herzklopfen | <input type="checkbox"/> Angina Pectoris | <input type="checkbox"/> Herzkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Kreislaufkollaps | <input type="checkbox"/> unregelmässiger Puls | <input type="checkbox"/> Schrittmacher/Bypass |
| <input type="checkbox"/> Druck auf der Brust | <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Ödeme |
| <input type="checkbox"/> andere/Kommentare | | |
-

Venenbeschwerden

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Thrombosen | <input type="checkbox"/> Venenentzündungen | <input type="checkbox"/> Krampfadern/Varikosen |
| <input type="checkbox"/> Beinschwellungen | <input type="checkbox"/> Wadenkrämpfe | <input type="checkbox"/> Schweregefühl in den Beinen |
| <input type="checkbox"/> andere/Kommentare | | |
-



Atemwege, Augen + HNO

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sehstörung | <input type="checkbox"/> Sehschwäche | <input type="checkbox"/> Sehflecken |
| <input type="checkbox"/> Augenflimmern | <input type="checkbox"/> brennende Augen | <input type="checkbox"/> juckende Augen |
| <input type="checkbox"/> Katarakt/grauer Star | <input type="checkbox"/> Glaukom/grüner Star | <input type="checkbox"/> Ohrgeräusche/Tinnitus |
| <input type="checkbox"/> Hörschwäche | <input type="checkbox"/> Ausfluss aus den Ohren | <input type="checkbox"/> Störung des Geruchssinn |
| <input type="checkbox"/> chronisch verstopfte Nase / Nebenhöhlen | <input type="checkbox"/> Nasenrinnen | <input type="checkbox"/> Husten mit Auswurf |
| <input type="checkbox"/> Husten ohne Auswurf | <input type="checkbox"/> Husten blutiger Auswurf | <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Zahnprobleme | |
| <input type="checkbox"/> andere/Kommentare | | |
-

Allergien

- | | | |
|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pollen | <input type="checkbox"/> Hausstaub | <input type="checkbox"/> Heuschnupfen |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel | <input type="checkbox"/> Hautausschläge | |
| <input type="checkbox"/> andere/Kommentare | | |
-

Leberbeschwerden

- | | | |
|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gelbsucht | <input type="checkbox"/> Leberzirrhose | <input type="checkbox"/> Fettleber |
| <input type="checkbox"/> Eisenspeicherkrankheit/
Hämochromatose | <input type="checkbox"/> Gallenkoliken | |
| <input type="checkbox"/> andere/Kommentare | | |
-

Nierenbeschwerden

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes Typ I | <input type="checkbox"/> Diabetes Typ II | <input type="checkbox"/> Glomerulonephritis |
| <input type="checkbox"/> Vasculäre Nephropathie | <input type="checkbox"/> Interstitielle Nephritis | <input type="checkbox"/> Zystenniere |
| <input type="checkbox"/> andere/Kommentare | | |
-

Bewegungsapparat

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nacken | <input type="checkbox"/> oberer Rücken | <input type="checkbox"/> unterer Rücken/Kreuz |
| <input type="checkbox"/> Gesäss | <input type="checkbox"/> Hüfte | <input type="checkbox"/> Knie |
| <input type="checkbox"/> Schulter | <input type="checkbox"/> Gliederschmerzen | <input type="checkbox"/> Gefühlsstörung der Arme / Beine |
| <input type="checkbox"/> Gelenke (Steifigkeit, Deformation, Schmerzen, Entzündungen) | | |
| <input type="checkbox"/> Muskeln (Schwäche, Kraft, Schmerzen, Parästhesien, Kraft, Entzündungen, Zittern) | | |
| <input type="checkbox"/> andere/Kommentare | | |
-

Kopfschmerzen

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Migräne ohne Aura | <input type="checkbox"/> Migräne mit Aura | <input type="checkbox"/> Cluster-Kopfschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Spannungskopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Schläfen | <input type="checkbox"/> Scheitel |
| <input type="checkbox"/> Stirn | <input type="checkbox"/> Okzipital (Hinterkopf) | <input type="checkbox"/> ziehend |
| <input type="checkbox"/> stechend | <input type="checkbox"/> diffus | <input type="checkbox"/> pulsierend |
| <input type="checkbox"/> brennend | <input type="checkbox"/> örtlich fixiert | <input type="checkbox"/> wandernd |
| <input type="checkbox"/> Schweregefühl | <input type="checkbox"/> Bandagegefühl | |
| <input type="checkbox"/> andere/Kommentare | | |
-



Frauenbeschwerden

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Schmerzen vor der Menstruation | <input type="checkbox"/> Schmerzen während der Menstruation | <input type="checkbox"/> wenig Blut |
| <input type="checkbox"/> viel Blut | <input type="checkbox"/> helles Blut | <input type="checkbox"/> dunkles Blut |
| <input type="checkbox"/> Klumpen im Blut | <input type="checkbox"/> anormaler Zyklus | <input type="checkbox"/> anormaler Ausfluss |
| <input type="checkbox"/> Prämenstruelle Beschwerden PMS | <input type="checkbox"/> Brustspannungen | <input type="checkbox"/> Knoten / Schmerzen in der Brust |
| <input type="checkbox"/> Fehlgeburten | <input type="checkbox"/> Schwangerschaftsabbrüche | <input type="checkbox"/> Menopause/ Wechseljahre |
| <input type="checkbox"/> Tumore / Zysten | <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten | <input type="checkbox"/> Störung der Sexualfunktion |
| <input type="checkbox"/> andere/Kommentare | | |
-

Verhütung

- | | | |
|---|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Antibabypille | <input type="checkbox"/> Hormonpflaster | <input type="checkbox"/> Spirale |
| <input type="checkbox"/> Hormonstäbchen | | |
| Sind Sie zurzeit Schwanger? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
-

Männerbeschwerden

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Brennen/Ausfluss | <input type="checkbox"/> Hodenschmerzen | <input type="checkbox"/> Prostatavergrößerung |
| <input type="checkbox"/> Schwellungen/Knötchen am Hoden | <input type="checkbox"/> Wasserlassen (Strahl langsam oder schwach) | <input type="checkbox"/> Prostatakarzinom/krebs |
| <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten | <input type="checkbox"/> Störung der Sexualfunktion | |
| <input type="checkbox"/> andere/Kommentare | | |
-

Emotionen

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> zornig/wütend/gereizt | <input type="checkbox"/> unruhig/nervös | <input type="checkbox"/> lebensfroh/optimistisch |
| <input type="checkbox"/> traurig/depressiv | <input type="checkbox"/> sorgenvoll | <input type="checkbox"/> vergesslich |
| <input type="checkbox"/> ängstlich/schreckhaft | <input type="checkbox"/> Fehlen emotionaler Reaktionen | |
| <input type="checkbox"/> andere/Kommentare | | |
-

Klimatische Faktoren

Sind Sie oft den folgenden klimatischen Faktoren ausgesetzt oder leiden Sie darunter?

- | | | |
|--|---------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Wind / Durchzug | <input type="checkbox"/> Feuchtigkeit | <input type="checkbox"/> Hitze |
| <input type="checkbox"/> Kälte | <input type="checkbox"/> Trockenheit | |
-



Liegt bei Ihnen Störungen der Blutgerinnung vor?

Ja Nein

z.B. Hämophilie A, Hämophilie B oder von-Willebrand- Syndrom (VWS)

Nehmen Sie Medikamente zur Hemmung der Blutgerinnung?

Ja Nein

z.B. Cumarinderivate, Macumar, Heparine

Haben Sie einen Herzschrittmacher?

Ja Nein

Leiden Sie an Hypertonie (Bluthochdruck)?

Ja Nein

Leiden Sie an Hypotonie (niedriger Blutdruck)?

Ja Nein

Liegt bei Ihnen eine schwere Störung von Atmung oder Kreislauf vor?

Ja Nein

Leiden Sie an Epilepsie (Krampfanfällen)?

Ja Nein

Leiden Sie an Osteoporose?

Ja Nein

Leiden Sie an Tuberkulose?

Ja Nein

Leiden Sie an einer übertragbaren Infektionskrankheit?

Ja Nein

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Ort, Datum

Unterschrift

