

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Sie gründlich und gezielt untersuchen zu können, benötige ich von Ihnen einige wichtige Informationen. Wenn Sie eine Frage nicht verstehen, lassen Sie sie zunächst aus, ich helfe Ihnen gern. Vielen Dank!

NACHNAME: _____ VORNAME: _____
 STRASSE: _____ PLZ/ WOHNORT: _____
 GEBURTSDATUM: _____ BERUF: _____
 TELEFON: _____ MOBIL: _____
 E-MAIL: _____
 HOBBIES/ SPORT: _____

Allergien:

Sind Sie allergisch gegen Medikamente? NEIN / JA, welche?: _____
 Reagieren Sie empfindlich auf Latex? NEIN / JA
 Haben Sie schon einmal allergisch auf Pflaster oder elastische Tapes reagiert? NEIN / JA
 Haben Sie andere Allergien, die für die Behandlung wichtig sein könnten? _____

Sind Sie aktuell bei einer der folgenden Berufsgruppen in Behandlung?

Hausarzt Psychiater/Psychologe Osteopath
 Facharzt Physiotherapeut/Krankengymnast Andere: _____
 Zahnarzt Heilpraktiker Datum der letzten Untersuchung: _____

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 Herz-Kreislaufprobleme. Wenn JA, welcher Art? _____
 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 oder 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 _____

Rauchen Sie regelmäßig oder haben Sie früher regelmäßig geraucht? NEIN / JA

Bitte listen Sie die Medikamente auf, die Sie auf Verordnung Ihres Arztes derzeit einnehmen (Tabletten, Injektionen, Medikamentenpflaster, etc):

1. _____ 2. _____ 3. _____
 5. _____ 6. _____ 7. _____

Bitte nennen Sie alle ernsthaften Verletzungen, für die Sie behandelt werden mussten (z.B. Knochenbrüche, Bandverletzungen, ...), Operationen, die bei Ihnen durchgeführt wurden, und jeden Krankenhausaufenthalt unter Angabe des Grundes, und das ungefähre Datum (Jahr):

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 2. _____ |
| 3. _____ | 4. _____ |
| 5. _____ | 6. _____ |

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?

Aspirin	JA / NEIN	waren diese verordnet?	JA / NEIN
Paracetamol	JA / NEIN		JA / NEIN
Ibuprofen, Diclofenac, etc	JA / NEIN		JA / NEIN
Medikamente gegen Magengeschwüre	JA / NEIN		JA / NEIN
Kortison (Corticoid/Steroid)	JA / NEIN		JA / NEIN
Andere, die Ihnen nicht verordnet wurden: _____			

Welche derzeitigen Beschwerden aus der Liste sind für Sie NEU, UNGEWÖHNLICH oder ATYPISCH?

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- oder 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

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

Wie haben Sie von uns erfahren?

- | | | | |
|--|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Empfehlung durch Arzt | <input type="checkbox"/> Empfehlung durch Bekannte/n | <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Telefonbuch |
| <input type="checkbox"/> Flyer | <input type="checkbox"/> Außenwerbung | <input type="checkbox"/> Andere: _____ | |

Unterschrift Therapeut

Datum

Unterschrift Patient

Datum