

Fragebogen *Patientennummer*

Vorname: Nachname: weibl. / männl.

Geburtsdatum: Geburtszeit: Gewicht(kg): Größe(cm):

KV privat: Beruf: Familienstand: Kinder:

Anschrift: PLZ: Ort:

Tel: Handy: email:

1. Allgemeiner Zustand: passend bitte umkreisen

Allgemeinbefinden: gut geschwächt erschöpft Schwindel unsicher unkonzentriert vergesslich kurzatmig blass

Ernährungszustand: gut Untergewicht Übergewicht müde schlapp abwesend

2. Essen und Trinken: Wie viel trinken Sie jeden Tag? Liter.

Appetit: unauffällig groß gering Heißhunger Luftaufstoße saurer Aufstoße übel Erbrechen

Hauptmahlzeiten: morgens mittags nachmittags abends unregelmäßig

Vorlieben zum Essen: keine süß sauer scharf bitter salzig Kaltes Warmes

Nahrung: alles Fleisch Milchprodukte Butter Fisch Gemüse Obst Getreide

Geschmack im Mund: unauffällig süßl. säuerl. bitter salzig klebrig trocken brennen

Bauchschmerzen: keine vor dem Essen nach dem Essen tags abends nachts unregelmässig

Durstgefühl: unauffällig viel wenig immer tags

Vorlieben zum Trinken: Wasser Tee Saft Schorle Kaffe Cola Kaltes Warmes

Alkohol: nein / ja, was ml/Tag. Rauchen: nein/ja, Zigaretten/Zigarre Stück/ Tag

3. Stuhlgang: Häufigkeit: Mal /Tag morgens unregelmäßig

Stuhlgang unauffällig ständiger Drang unentleertes Gefühl

Geruch: unauffällig stark stinkend mit Luft

Konsistent: wurstförmig hart / kugelig breiig/dünn

Blähungen: keine ja

4. Urin: Häufigkeit: unauffällig Mal /Tag Mal/Nacht

Urinlassen: unauffällig unentleertes Gefühl Drang Schmerz Schmerz

Farbe/Geruch: unauffällig gelblich starker Geruch

Harnstrahl: unauffällig geringer Strahl

5. Schweiß: normal auffällig

Stelle:

Menge:

Zeit: spontan bei leichter Anstrengung bei Aufregung tags nachts Uhrzeit

Farbe / Geruch: klar geräuscharm

6. Temperaturempfindung: unauffällig

Empfindlichkeit gegen: unauffällig Wind/Zug Kälte Wärme Nässe Wetterwechsel Wo?

Hitzewallung nein ja

Kälteschauer nein ja

7. Schlafen: erholsam nicht erholsam von bis Mittagsschlaf: ja nein

Auslöser: keine

Träume: selten viel

Schlafstörung: nein ja Einschlafstörung Durchschlafstörung

8. Sinnesorgane:

Haut: gut trocken Ausschläge

Augen: gut

Ohr: gut schwerhörig Tinnitus

Nasen: gut

Hals: gut Kloßgefühl verschleimt heiser Zähne: gut Prothese Füllung(zB:Amalgan)

Nägel: gut brüchig Pilz

9. Sexualität: Sex _____mal/Tag/Woche/Monat, Libido normal, viel, wenig, keine, Sex im Traum, Selbstbefriedigung, Impotenz, morgendliche/nächtliche Erektion, Erektionsschwäche/vorzeitige Ejakulation, unerfüllter Kinderwunsch, Verminderte Samenqualität/Quantität

10. Bei Frauen: Zeit Ihrer letzte Regelblutung? Schwanger? Ja/nein , In welcher SSW?

Regelblutungsbeginn: Spontan, im _____Lebensjahr Menopause seit _____, wegen totale Operation

Rythmus: alle _____Tage Dauer _____Tage Verfrüht _____Tage Verspätet _____Tage unregelmäßig

Vor/während Regelblutung normal Brustspannung Kopfschmerzen/ Akne nervös/ aggressiv Rückenschmerzen

Unterleibschmerzen: keine Stärke? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 wann?

Menge/Konsistenz: normal wenig viel klumpig Farbe/Geruch normal dunkelrot hellrot blass rot Geruch

Flur/Ausfluss: normal wenig viel Farbe? Geruch?

Schwangerschaft: Anzahl? Komplikationen? Geburt: Anzahl? Komplikationen?

Pille/ PMS: nein ja seit wann? welche?

Frauenhormone nein ja Anwendung seit? Name der Hormone? Abgesetzt seit?

Kinderwunsch: Ja seit: Methode:

11. Allergie: nein / ja, Arzneimittelallergie: nein / ja, welche?

Heuschnupfen: nein ja, seit wann

12. Nahrungsmittelunverträglichkeit: nein ja, welche?

13. Ihre häufigste Emotionen: ausgeglichen

14. Welche Erkrankungen, Unfälle, Operationen hatten Sie ?

(z.B: Hepatitis, Epstein-Barr-Virus, HIV, usw)

15. Sind folgende Krankheit in der Familie bekannt? Wenn ja, Wer?

Blutungserkr., Asthma, Gicht, Rheuma, Hypertonie, Schlaganfall, Herzinfarkt, Psychische Erkr. Krebs(welche)

16. Ich bin damit zufrieden: mit mir selbst, Beruf, Wohn/Lebenssituation, Familie, Partner, Freunde, Kollegen

Welche Krise haben Sie gehabt?

17. Ihre letzte Laboruntersuchung: Wann

Was war nicht normal

18. Schmerzen im Bereich: keine

Kopf, Gesicht, Zahn, Hals, Nacken, Schulter, oberer Rücken, mittel Rücken, unterer Rücken, Kreuz, Steißbein, Oberarm Ellenbogen, Arm, Hand, Finger, Hüfte, Leiste, Wade, Knie, Knöcheln, Fuss, Sohlen, Fersen, Zehen, Brustkorb, Flanken, Oberbauch, Bauch, Unterbauch, Muskel, Sehnen, Keilen Gelenke, große Gelenke, Weichteile usw...

19. Medikationen: keine

Vitamine, Mineralstoffe, Spurenelemente, Abführmittel, Blutdrucksenker, Blutverdünnung, Antidepressiva, Beruhigungsmittel, Antibiotika, Schmerzmittel, Corticoide, Pille, Schilddrüsenhormon, Hormone, andere, wenn ja, welche und wie ?

Bitte bringen Sie uns Ihre Labor und Untersuchungsergebnisse mit- bzw. senden Sie uns diese zu.