

Name:

Beruf:

Hobbies:

Allergien, die für die Behandlung wichtig sein könnten?



Sind Sie bei einer der folgenden Berufsgruppen in Behandlung?

Hausarzt

Osteopath

Zahnarzt

Psychiater / Psychologe

Physiotherapeut / Krankengymnast

Andere: _____

Für welche Art von Beschwerden wurden Sie in den letzten 3 Monaten bei einer der oben angegebenen Berufsgruppen behandelt?

Wurde bei Ihnen jemals eine der folgenden Erkrankungen diagnostiziert?

Krebs <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schilddrüse <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Tuberkulose <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Art: _____	Diabetes <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schlaganfall <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzprobleme <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Rheumatoide Arthritis <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Nierenerkrankung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Art: _____	Asthma <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Welche: _____
Hoher Blutdruck <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Depression <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Thrombose <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kreislaufprobleme <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Hepatitis <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Osteoporose <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Abhängigkeit (Alkohol, Medikamente, etc.) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Multiple Sklerose <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Andere entzündliche Gelenkerkrankungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Welche: _____	Gefäßerkrankung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Andere <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Magengeschwüre <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Bitte nennen Sie alle Operationen und Krankenhausaufenthalte der letzten 3 Jahre unter Angabe von Grund und Datum:

Bitte nennen Sie alle ernsthaften Verletzungen, für die Sie behandelt werden mussten (z.B. Brüche, Bandverletzungen, etc.) und das ungefähre Datum der Verletzung:

Welche der folgenden Medikamente haben Sie in der vergangenen Woche eingenommen?

	verordnet	nicht verordnet		verordnet	nicht verordnet
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Blutdrucksenker	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Welche?			Welche?		
Blutverdünner	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	B-Blocker	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Welche?			Welche?		
Andere: _____					

Rauchen Sie? nein ja, seit _____ Jahren, _____ Zigaretten pro Tag

Trinken Sie Alkohol? nein ja, an _____ Tagen in der Woche/Monat/Jahr, _____ Gläser
Bier/Wein/Sonstiges (unzutreffendes bitte streichen)

Konsumieren Sie koffeinhaltige Getränke? nein ja: _____ (Art und Menge)

Bitte kreuzen Sie Ihre derzeitigen Beschwerden an:
(Die Beschwerden/Symptome, deretwegen Sie zu uns kommen, werden anderweitig bei der Befunderhebung aufgenommen)

Gelenk-/ Muskelschwellung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Übelkeit / Erbrechen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Fieber, Schüttelfrost, Schwitzen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schwächegefühl	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Müdigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Fieber	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gewichtsveränderung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Zittern	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Kribbeln / Taubheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Anfälle / Epilepsie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Atemnot	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Doppelbilder	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Regelmäßiges Husten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Herzrasen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Starke Blutung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Arm-/ Beinschwellung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Hämatome	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Verstopfung / Durchfall	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schwindel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Doppelbilder	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Probleme beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Blut im Stuhl	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Verlust der Sehschärfe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gerötete Augen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sodbrennen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Hautausschlag	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nächtliches Schwitzen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Blut im Urin	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Urininkontinenz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
(Mögliche) Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Hörstörung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Post-/ Menopause (Wechseljahre)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schlafstörung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Stress	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Störung der Sexualfunktion	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

(Datum/Unterschrift)