

Liebe Patientinnen und Patienten,

zur besseren Vorbereitung Ihrer Behandlung möchten wir Sie bitten, den folgenden Fragebogen gewissenhaft auszufüllen. Bitte bringen Sie den Fragebogen ausgefüllt zu Ihrem vereinbarten Termin mit oder senden ihn uns an info@osteo-darmstadt.de zu.

Ihr Name Ihr Geburtsdatum

Fragebogen ausgefüllt am

1. Spezifische Anamnese

Bitte beschreiben Sie zunächst Ihre aktuellen Hauptbeschwerden, die Sie zu uns geführt haben

.....
.....

Gab es ein auslösendes Ereignis für Ihre aktuellen Hauptbeschwerden?

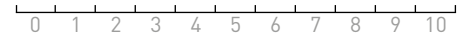
(z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Medikamente, Hautausschläge etc.)

.....

Seit wann haben Sie die Beschwerden?

Tragen Sie auf der Schmerzskala die Stärke für den Hauptschmerz ein:

(Auf einer Skala von 0-10, wobei 10 sehr starke Schmerzen sind)



Wie ist der Schmerzcharakter?

punktuell	stechend
ziehend	ausstrahlend
dumpf	anders [wie?]

Wie oft haben Sie die Schmerzen?

immer	wöchentlich
mehrmals am Tag	seltener
alle paar Tage	

Welche Ereignisse verschlimmern die Beschwerden?

körperliche Belastung	Gehen	Wärme	Niesen	Bewegung
längeres Stehen	Stress	Nahrungsmittel	Tageszeit	Monatsblutung
Sitzen	Kälte	Husten	Wetterlage	Sonstiges

Welche Ereignisse verbessern die Beschwerden?

Ruhe	Kälte	Schmerzmittel	Sonstiges
Schlaf	Wärme	Urlaub	
Bewegung	Sport	Husten	

Welche Aktivitäten des täglichen Lebens können Sie evtl. nicht ausführen (z.B. Bewegungen, Beruf, Hobbys etc.)

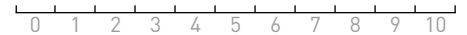
.....

Welche bisherigen Untersuchungen/Therapien in Hinsicht auf Ihre Beschwerden wurden bereits vorgenommen?

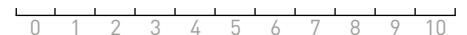
.....

Wie würden Sie Ihren aktuellen Gesundheitszustand beschreiben

Meine Gesundheit ist optimal (10 = Ich fühle mich körperlich geistig , emotional in Bestform)



Welches Gesundheitsniveau möchten Sie erreichen?



Was sind ihre drei gesundheitlich wichtigsten Bereiche die Sie verändern möchten?

.....
.....
.....

Medikamente

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? (z.B. Pille, Blutdrucksenker etc)

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

Mittel

Für was?

.....
.....
.....

Haben Sie in den letzten 12 Monaten Antibiotika eingenommen?

2. Allgemeine Anamnese

Welche der folgenden Erkrankungen oder Beschwerden hatten Sie schon? Zutreffendes bitte ankreuzen.

Herz-Kreislauf-System

Herzrhythmusstörungen	Herzstechen	Gefäßerkrankungen [welche?]
Bluthochdruck	Druckgefühl im Bereich des Herzen	andere Herzerkrankungen:
niedriger Blutdruck		

Leiden Sie unter kalten Händen / Füßen?

Leiden Sie unter Schwellungen in Beinen / Füßen?

Lunge

häufiges Husten	Kurzatmigkeit (wenn ja - wann?)	in Ruhe	bei Belastung	im Liegen
Asthma	Atemnot (wenn ja - wann?)	in Ruhe	bei Belastung	im Liegen
häufig auftretende Bronchitis	Lungenerkrankungen, [welche?]			

Rauchen Sie? Wie viele Zigaretten am Tag?

Magen-Darm-Trakt

Darmerkrankungen [welche?]	Durchfälle Verstopfungen (nicht passendes bitte durchstreichen, falls im Wechsel auftretend keines der beiden streichen)
Blähungen	Appetitlosigkeit
Völlegefühl	Sodbrennen
Übelkeit	Hämorrhoiden
	Magen-/ Zwölffingerdarmgeschwür
	Gastritis (Magenschleimhautentzündung)
	unregelmäßiger Stuhlgang

Urogenitalsystem

Nierensteine	Inkontinenz	Nieren-/ Nierenbeckenentzündungen
Blasensteine	Erkrankungen der Prostata	
Blasenentzündungen	Beschwerden beim Wasserlassen	

Gynäkologie

Haben Sie einen unregelmäßigen Zyklus?

Ausfluss	Ausschabungen	Beschwerden vor-nach-während der Regel
Fehlgeburten	Zysten	Wechseljahresbeschwerden
Tumore	Myome	Andere Erkrankungen der weiblichen Unterleibsorgane. [welche?]

Besteht eine Schwangerschaft Welche Woche?

Hormonelles System

Schilddrüsenüberfunktion	Schilddrüsenvergrößerung		
Schilddrüsenunterfunktion	andere Schilddrüsenenerkrankungen [welche?]		

Prä/Post menstruelle Beschwerden?	Stimmungsschwankungen	Wassereinlagerungen	Schmerzen
-----------------------------------	-----------------------	---------------------	-----------

Symptome der Menopause?	Schlafstörungen	Hitzewallungen	
-------------------------	-----------------	----------------	--

Fühlen Sie sich:	emotional instabil	ängstlich	gereizt
------------------	--------------------	-----------	---------

Fühlen Sie sich gestresst / überfordert?	Haben Sie Veränderungen im Energielevel?
--	--

Fühlen Sie sich häufig zitterig / schwindelig wenn Sie lange nichts gegessen haben?	Haben Sie Veränderungen der Potenz / Sexualtriebs?
---	--

Haben Sie Schlafprobleme? (Einschlaf-/Durchschlafstörungen)

Neurologisches System

Kopfschmerzen	Schwindel	Gleichgewichtsstörungen
Migräne	Tinnitus	Taubheitsgefühl [wo?]
		Kribbeln [wo?]

Zähne/Kiefer

Zahnentfernungen	Amalgamfüllungen	andere Zahnärztliche Behandlungen [welche?]
Knirscherschiene	Zahnspange

Geräusche bei Mundöffnung:	Knacken	Knirschen	Reiben
----------------------------	---------	-----------	--------

Haben Sie Schmerzen im Kiefer?

Hatten Sie Wurzelbehandlungen?

Weitere Erkrankungen

Diabetes mellitus	Erkrankungen der Wirbelsäule [welche?]
Rheuma/Gicht	Hauterkrankungen [welche?]
Depression	Andere [welche?]

Allergien

Besteht bei Ihnen eine bekannte Allergie?

gegen Gräser	gegen Nahrungsmittel [welche?]
gegen Pollen	gegen Medikamente [welche?]
Hautallergien	Andere [welche?]

Unfälle + Operationen

Hatten Sie Unfälle/Traumata? (z.B. Knochenbrüche, Gehirnerschütterungen, Stürze)

.....

Hatten Sie Operationen?

Weisheitszahnentfernungen	Narben [wo?]
Blinddarmentfernung	Andere [welche?]

Ernährung

Ernähren Sie sich vegetarisch oder vegan?

Bitte notieren Sie, welche Nahrungsmittel Sie in den letzten drei Tagen gegessen haben

Tag 1

Morgens :.....

Mittags :.....

Abends :.....

Tag 2

Morgens :.....

Mittags :.....

Abends :.....

Tag 3

Morgens :.....

Mittags :.....

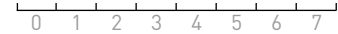
Abends :.....

Wie viel Liter und was trinken Sie pro Tag? :.....

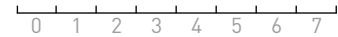
Lebensstil

Welche berufliche Tätigkeit üben Sie aus?

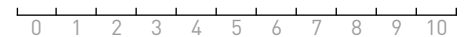
Wieviel Energie haben Sie? (Auf einer Skala von 0-7, wobei 7 hoch ist)



Wie ist Ihr Stresslevel? (Auf einer Skala von 0-7, wobei 7 hoch ist)



Wie bewerten Sie Ihren Schlaf? (Ich schlafe jede Nacht gut und bin erholt = 10)



Treiben Sie Sport?

Welchen Sport?

Gibt es in ihrem Umfeld Faktoren die ihre Gesundheit beeinflussen könnten

(familiäre Konflikte , Isolation , beruflicher Druck)

Fühlen Sie sich in letzter Zeit

emotional belastet

gestresst

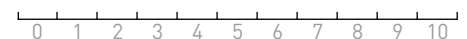
ängstlich

Leiden Sie unter Ängsten?

Sind Sie oft reizbar?

Leiden Sie unter anhaltendem Kummer?

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem aktuellen Lebensstil? (Gar nicht - 0 sehr zufrieden - 10)



Gibt es Gewohnheiten die Sie ändern möchten?

Ernährung

Schlaf, Stressbewältigung

Alkohol, Rauchen

Mentale Gesundheit

Körperliche Aktivität

Gerne könne Sie zu Ihrem ersten Behandlungstermin vorhandene Befunde (z.B. CT, MRT) - möglichst in Schriftform mitbringen.

Wir danken Ihnen für das Ausfüllen dieses Fragebogens und freuen uns Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen.

Ihr Osteo-Darmstadt Team