

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Wohnort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Krankenversicherung: Private KV , Beihilfe , Zusatzversicherung , Selbstzahler/in

Familiäre Situation:

Familienstand: _____ Anzahl der Kinder/Alter: _____

Zu pflegende Menschen: _____, Zeitaufwand: _____

Körperliche Belastung: Ja O, welche _____
Nein O

Emotionale-, psychische Belastung, Stress: Ja O
Nein O

Berufliche Situation:

Beruf: _____ Wochenarbeitszeit: _____ Schicht: _____

Körperliche Belastung: Ja O, welche _____
Nein O

Emotionale-, psychische Belastung, Stress: Ja O
Nein O

Freizeit Situation:

TV- Stunden / Tag _____, PC- Std. pro Tag _____, Smartphone- Stunden / Tag _____

Freizeitaktivitäten: _____ Stunden / Woche _____

_____ Stunden / Woche _____

_____ Stunden / Woche _____

Größe: _____, Gewicht: _____, Puls: _____, Blutdruck: _____,

Kreislaufbeschwerden: ja nein Wenn Ja, wann? _____

Cholesterin: _____

Osteoporose/ Knochendichte: _____

Grund der Konsultation:

Familiäre Erkrankungen:

Mutter: _____

Vater: _____

Geschwister: _____

Großeltern: _____

Besonderheiten meiner Geburt: _____
(z.B. Steißlage, Kaiserschnitt, etc.)

Durchgemachte Kinderkrankheiten: _____

Weitere Krankheiten in der Vergangenheit: _____

| Zur Zeit bestehende Erkrankungen (z. B. Herz, Lunge, Diabetes, etc.) | Seit wann bestehend | diese Medikament nehmen ich dafür ein? |
|---|------------------------|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Allergien: _____

Hauterkrankungen: _____

| Operation (z.B. Herz, Bandscheibe, etc.) | Datum der Operation | Welche Restbeschwerden bestehen noch? Welche Beschwerden traten danach auf? |
|---|------------------------|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Zahnersatz: _____

Material: _____

Füllungen: _____

Material: _____

Amalgam Entfernung:

ja nein

Wenn Ja, wurde eine **Ausleitung** durchgeführt?

ja nein

Ich neige zu Entzündungen:

ja nein

Wo? _____

Belastungen durch Rauch, Staub, Qualm, Abgase, Lösungsmittel, Chemikalien im Alltag:

(z.B. durch Freizeit oder Beruf, auch in der Vergangenheit)

Welche? _____, wie häufig? _____

Ich verwende folgende Kosmetika, Deo, Pflegeprodukte:

Hormonpräparate: ja nein Wenn Ja, welche? _____

Schlaf:

Ich schlafe ca. _____ Stunden/Nacht ca. _____ Stunden tagsüber

Nach dem Schlaf bin ich:

Erholt

Nicht erholt, ich fühle mich:

Einschlafprobleme auf Grund:

Ungeordnete Gedanken ziehen durch

Konkretes nachdenken über eine Sache

Andere Gründe: _____

Durchschlafprobleme auf Grund von: _____

Konzentrationsprobleme: ja nein

Ich beurteile meine körperliche Leistungsfähigkeit als:

gut

beeinträchtigt

Kurze Beschreibung: _____

Hilfsmittel: _____

(Einlagen, Korsett, Bandagen, Brille, Hörgerät, Stock, etc.)

Rauchen: ja nein Wenn Ja, was, wie viel? _____

Alkohol: ja nein Wenn Ja, was, wie viel? _____

Drogenkonsum:

Früher: ja nein wenn Ja, was, wie viel? _____

Heute: ja nein wenn Ja, was, wie viel? _____

Essen:

Ich habe ein Hungergefühl wenn ich esse: ja nein

Ich esse _____ Hauptmahlzeiten/Tag Uhrzeiten: _____

Ich esse _____ Zwischenmahlzeiten/Tag Uhrzeiten: _____

Mischkost viel Fleisch: ja nein

Vegetarisch viel Obst/Gemüse: ja nein

Vegan viel Brot: ja nein

Diät: ja nein Wenn Ja, welche? _____

Süßigkeiten:

wenn Ja, was, wie viel? _____

Trinken:

Durstgefühl: ja nein

Gesamt: _____ L/Tag, Kaffee: _____ L/Tag, zuckerhaltige Getränke: _____ L/Tag,

Wasser: _____ L/Tag, Alkohol: _____ L/Tag, wenn Ja welchen? _____

Nahrungsergänzungsmittel:

ja nein wenn Ja, welche? _____

Urinverhalten:

Farbe des Urins: _____

Blut im Urin: ja nein

Brennen beim Wasserlassen: ja nein

Wasserlassen: am Tag ca. _____ mal, in der Nacht ca. _____ mal

Stuhlverhalten:

Stuhlgang: _____ mal täglich Blut im/am Stuhl: ja , nein

häufig Verstopfung: ja nein

Wenn ja, wann/wodurch _____

Schmerzen beim Stuhlgang: ja nein

Konsistenz:

- | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> fast flüssig | <input type="checkbox"/> weich | <input type="checkbox"/> fest | <input type="checkbox"/> hart |
| <input type="checkbox"/> voluminös | <input type="checkbox"/> wenig | <input type="checkbox"/> in „Kötteln“ | <input type="checkbox"/> bleistiftartig |

Geruch: unauffällig sauer übel riechend

Farbe: _____

Blähungen: ja , nein bei: _____

Schwitzen:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kalter Schweiß | <input type="checkbox"/> warmer Schweiß |
| <input type="checkbox"/> geruchlos | <input type="checkbox"/> beißend |

Wann: _____

Psychische Belastungen:

Bitte tragen Sie traumatische Erlebnisse, Schicksalsschläge und emotional / psychisch belastende Ereignisse mit Jahreszahl chronologisch in den Zeitstrahl ein. Kreisen Sie diejenigen ein, die Ihnen bewusst auch heute noch zu schaffen machen.

|-----|
 Geburt Heute

Ereignisse und Situationen die Unbehagen oder Stress verursachen:

(auch Abneigungen, Phobien, etc.)

So reagiere ich auf Stress:

Psychopharmaka: ja nein Wenn Ja, welche? _____

Folgendes trifft auf mich zu:

| Allgemein | | ja | nein |
|-----------|---|----|------|
| 1. | Nachtschweiß | | |
| 2. | Länger bestehendes unerklärtes Fieber | | |
| 3. | Erhöhte Blutsenkung | | |
| 4. | Aktueller unerklärbarer Gewichtsverlust (mehr als 5 KG im Monat) | | |
| 5. | Kortison oder kortikosteroide Medikamente über längere Zeit genommen | | |
| 6. | Konstanter Schmerz, der sich nicht verändert durch Ruhe oder Positionsveränderung | | |
| 7. | Krebs in der Vorgeschichte, HIV, Immunsuppression durch Medikamente | | |
| 8. | Infektion zur Zeit oder vor kurzem | | |
| 9. | Allgemeines Unwohlsein | | |
| 10. | Nächtliche Schmerzen | | |
| 11. | Gefühlsverlust, Kraftverlust | | |
| 12. | Zeckenbiss | | |
| 13. | Tropenaufenthalt | | |

Schmerzangaben

Bitte geben Sie zuerst die vorrangigen, am meisten belastenden Schmerzen an und die am wenigsten belastenden Schmerzen als letztes.

Aktuelle Schmerzen, Region I:

Wo? _____ + zusätzliche Schmerzzeichnung nächste Seite

Seit wann? _____

Wodurch ausgelöst? _____

Wann oder wobei treten sie auf? _____

Wann oder wodurch können Sie sie lindern? _____

Aktuelle Schmerzen, Region II:

Wo? _____ + zusätzliche Schmerzzeichnung nächste Seite

Seit wann? _____

Wodurch ausgelöst? _____

Wann oder wobei treten sie auf? _____

Wann oder wodurch können Sie sie lindern? _____

Aktuelle Schmerzen, Region III:

Wo? _____ + zusätzliche Schmerzzeichnung nächste Seite

Seit wann? _____

Wodurch ausgelöst? _____

Wann oder wobei treten sie auf? _____

Wann oder wodurch können Sie sie lindern? _____

(Sollten Sie aktuell in weiteren Regionen Schmerzen haben, so führen Sie diese bitte zusätzlich auf.)

Schmerzzeichnung

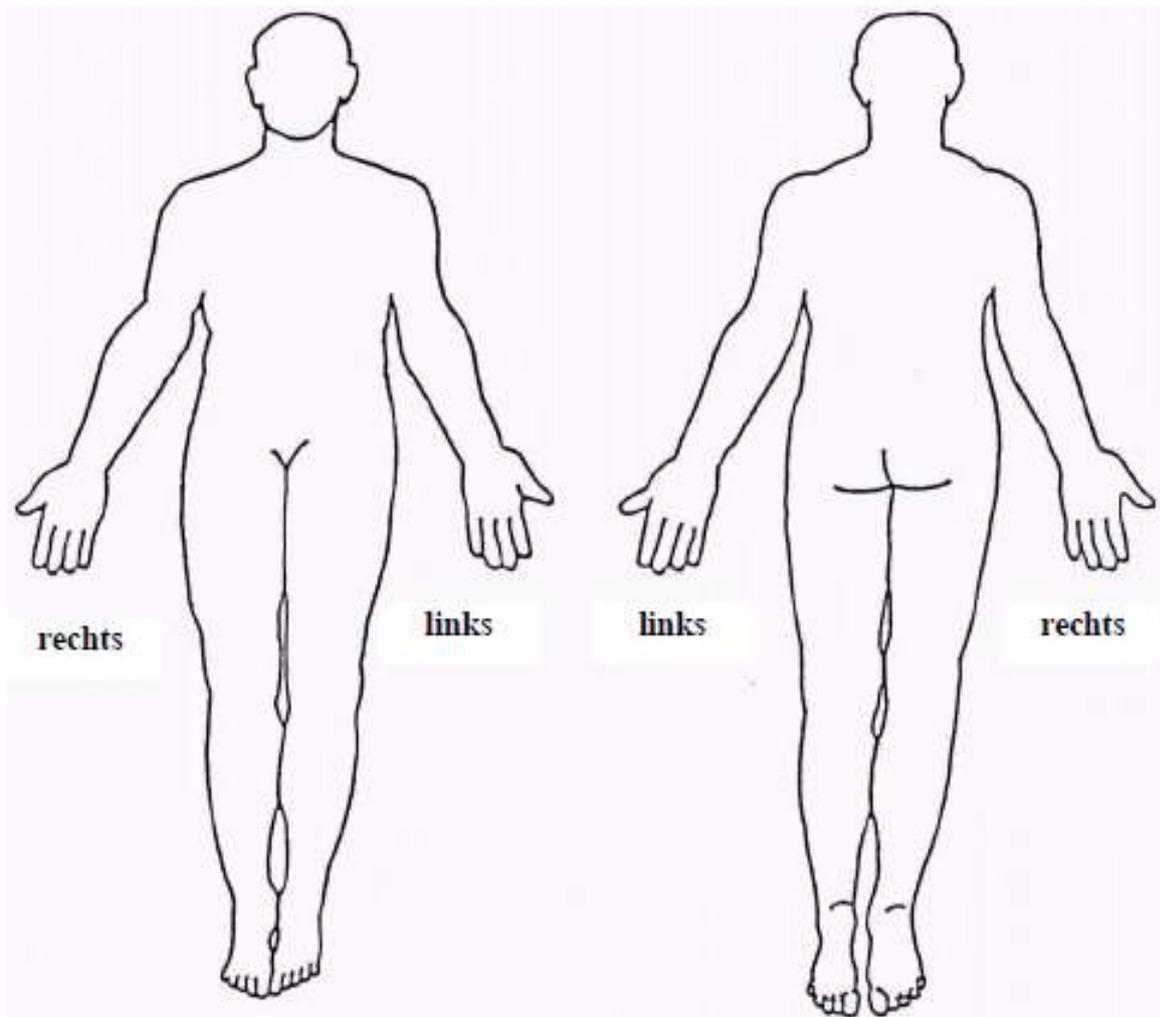
Markieren Sie bitte in der folgenden Zeichnung **umrandet und schraffiert**, wo sie **die aktuellen Schmerzen** haben.

Taubheit markieren Sie bitte **nur umrandet**.



vorne

hinten



Schmerzintensität (11 Punkte NRS)

Bitte tragen Sie die aktuellen Schmerzintensitäten der Regionen I-III mit I, II, III in die Tabelle ein.

keinerlei
Schmerz

| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

stärkster Schmerz, den
ich mir vorstellen kann

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Beschwerden im Bereich des Kopfes:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Schwellungen | <input type="checkbox"/> Haare |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Augen |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Nase /Nasen-,Stirnhöhlen |
| <input type="checkbox"/> Tinnitus /Ohrengeräusche | <input type="checkbox"/> Mund |
| <input type="checkbox"/> Taubheit | <input type="checkbox"/> Rachen Tonsillitis |

Kurze Beschreibung: _____

Beschwerden im Bereich der Arme / Hände:

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Schwellung | <input type="checkbox"/> Kraftverlust |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen | <input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkung |
| <input type="checkbox"/> Taubheit | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

Kurze Beschreibung: _____

Beschwerden im Bereich der Beine / Füße:

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Schwellung | <input type="checkbox"/> Kraftverlust |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen | <input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkung |
| <input type="checkbox"/> Taubheit | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

Kurze Beschreibung: _____

Beschwerden im Bereich des Brustkorbs:

- | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schmerzen | <input type="checkbox"/> Engegefühl |
| <input type="checkbox"/> Atemnot | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

Kurze Beschreibung: _____

Beschwerden im Bereich des Oberbauches:

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schmerzen | <input type="checkbox"/> Völlegefühl |
| <input type="checkbox"/> Druckgefühl | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

Kurze Beschreibung: _____

Beschwerden im Bereich des Unterbauches/Unterleibes:

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schmerzen | <input type="checkbox"/> Völlegefühl |
| <input type="checkbox"/> Druckgefühl | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

Kurze Beschreibung: _____