



Welche Medikamente, Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie derzeit ein?

---

---

---

---

Erwähnenswerte Krankheiten in der Familie?

---

---

---

Haben Sie jemals Antibiotika (inkl. Kindheit) und/oder Cortison genommen?

Wann , warum und wie lange?

---

---

---

---

---

Sind Allergien bekannt? Wenn ja, seit wann und wogegen? Wurde ein Allergiepass ausgestellt?

---

---

---

---

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? Wieviel Flüssigkeit nehmen Sie pro Tag zu sich und woraus setzt sich diese Zusammen?

---

---

---

---

---

**Augen:**

Ich trage Brille, Kontaktlinsen  Anderes: \_\_\_\_\_

**Mandeln:**

gehäufte Entzündungen (Angina) mit/ohne Antibiotika behandelt

operative Entfernung mit \_\_\_\_\_ Lebensjahren

Fremdkörpergefühl, Kloß-Gefühl im Hals,

Mundgeruch

chronischer Schnupfen, mehr rechts/links, beidseits

Nasennebenhöhlenentzündung: mit/ohne Antibiotika behandelt

Heuschnupfen  Nasenpolypen  Nasenscheidewandverbiegung,

Operationen: \_\_\_\_\_ Anderes: \_\_\_\_\_

**Ohren:**

Mittelohrentzündung: mit/ohne Antibiotika behandelt

Ohrensausen (Tinnitus) rechts/links, ständig, wechselnd

**Zähne:**

meine Füllungen sind aus:

Amalgam  Gold  Kunststoff  Keramik

Ich knirsche bzw. kaue im Schlaf mit den Zähnen

Ich trage nachts eine Schiene

Ich habe Muskelverspannungen der Kaumuskulatur

Kieferknacken

Ich habe Muskelverspannungen im Nacken-Schulterbereich

**Magen/Darm:**

wechselnde Stuhlqualität zwischen weich und fest

Ich habe täglichen Stuhlgang  einmal  mehrmals  ständiger Durchfall

ständige Verstopfung  Ich nehme Abführmittel  Darmkrämpfe

Blähungen  Heißhunger auf Süßes  Magen/Zwölffingerdarm-Geschwür

Blinddarmreizung/Operation im Jahr: \_\_\_\_\_

Darmentzündung

Festgestellte Darmerkrankung: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Hämorrhoiden:  jetzt  früher  vom Arzt bestätigt  Analfissuren  Afterjucken

Nahrungsmittelunverträglichkeiten/Allergien: \_\_\_\_\_

litten Sie jemals bei einer Reise an einem Magen-Darm-Infekt?

Land: \_\_\_\_\_ Jahr: \_\_\_\_\_

Hatten Sie jemals einen Infekt durch Parasiten (inkl. Kindheit)?

### **Leber/Gallenblase/Bauchspeicheldrüse:**

Diabetes mellitus  Typ I  Typ II

Entzündung  Steine  Anderes: \_\_\_\_\_

### **Niere/Blase Entzündung:**

1 x  häufig  immer wiederkehrend  Steine, Grieß

Ich habe häufig kalte Füße

### **Haut:**

juckende, schmerzende Stellen

Akne  Neurodermitis  Psoriasis  Hautpilz/Nagelpilz

Anderes: \_\_\_\_\_

### **Brust/Herz und Kreislauf:**

Bronchitis  Asthma  Lungenentzündung  Blutdruck-Störungen

Herzerkrankung, Diagnose: \_\_\_\_\_

### **Schilddrüse:**

festgestellte Funktionsstörung  Überfunktion  Unterfunktion

Anderes: \_\_\_\_\_

**Knochen Brüche:**

- offen  geschlossen im Jahr \_\_\_\_\_
- Osteoporose seit: \_\_\_\_\_ bestätigt durch: \_\_\_\_\_
- schmerzhafteste Steißbeinprellung

**Narben:**

- durch folgende Operationen: \_\_\_\_\_
- durch Verletzungen an: \_\_\_\_\_
- Furunkel, Karbunkel, Abszesse, lange dauernde Eiterungen
- Dammriss/Schnitt bei der Geburt
- Fremdkörper (Splitter, Implantat, Herzschrittmacher)
- Ist das Berühren der Narbe für Sie unangenehm? \_\_\_\_\_

**Psyche:**

- Sind/Waren Sie in psychotherapeutischer Begleitung?
- Haben/Nehmen Sie Medikamente ein, welche auf ihr Gemüt einen speziellen Einfluss haben? Name des Medikaments: \_\_\_\_\_
- Ich schlafe  gut  schlecht ein  gut durch  ich wache öfters auf
- mit Schlafmittel  ohne Schlafmittel träume ich
- schrecklich  nachdenklich  wiederkehrend  gegen Morgen
- schön

**Impfungen:**

Gab es auf eine Impfung jemals eine Reaktion? Müdigkeit, Fieber, Schwellung an der Einstichstelle,...?  nein  ja, bei der Impfung \_\_\_\_\_

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

- Masern  Mumps  Röteln  Scharlach  Keuchhusten  Windpocken  Tetanus  Malaria  Tuberkulose  Salmonellose  Polio (Kinderlähmung)  Ruhr  Pfeiffersches Drüsenfieber  Gonorrhoe (Tripper)  Syphilis  Tropenkrankheiten
- Andere: \_\_\_\_\_

**Sonstiges:**

Leiden Sie unter Infektionskrankheiten?

wie HIV, Hepatitis oder ähnliches?  nein  ja,  
welche? \_\_\_\_\_

Treiben Sie Sport?  nein  ja \_\_\_\_\_ pro Woche,

Sportart: \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  nein  ja, \_\_\_\_\_ pro Tag

Haben Sie Haustiere?  nein  ja Welche? \_\_\_\_\_

Gibt es in Ihrem Wohn/Arbeitsumfeld Schimmelpilze?  nein  ja

**Schmerzen:**

Haben Sie Schmerzen, wenn ja, wo treten die Schmerzen auf?

kreuzförmiger Schmerz

punktförmiger Schmerz

unklare Schmerzlokalisierung

Pfeil-ausstrahlender Schmerz Schmerzskala für den Hauptschmerz

(1, sehr schwach bis 10, sehr stark): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Seit wann haben Sie die Schmerzen? \_\_\_\_\_

Gab es ein auslösendes Ereignis? \_\_\_\_\_

Wie oft haben Sie die Schmerzen?

immer  mehrmals am Tag  alle paar Tage  wöchentlich  seltener

Wie ist das Schmerzempfinden?

ziehend  brennend  stechend  klopfend  drückend  kribbelnd  reißend

kolikartig  krampfend  dumpf  beengend  bohrend

Welche Ereignisse verschlimmern?

körperliche Belastung  längeres Sitzen  längeres Stehen  Gehen  Stress

Kälte/Wärme  Nahrungsmittel  Husten  Niesen  Tageszeit  Wetterlage

Anderes: \_\_\_\_\_

Welche Ereignisse verbessern?

Ruhe  Schlaf  Bewegung  Kälte  Wärme  Sport  Urlaub  Schmerzmittel

Andere Symptome zum Schmerz:

Blässe  Hautrötung  Schwellung  Berührungsempfindlichkeit

**Haare:**

Leiden Sie unter Haarausfall?

nein  ja, seit: \_\_\_\_\_  kreisrund  vereinzelt  Anderes: \_\_\_\_\_

**Gynäkologie:**

(nur für Frauen)  Ich hatte Scheidenpilz-Infektionen  1 x  öfters, zuletzt \_\_\_\_\_  Ich habe einen normalen Zyklus

Zyklusunregelmäßigkeiten  Ich habe Beschwerden vor Beginn des Zyklus (Krämpfe/Brustspannen)

Ich habe Operationen im Uro-Genital-Trakt wegen: \_\_\_\_\_

Ich nehme Hormone

Spirale

Pille

Implantat, seit: \_\_\_\_\_ Jahren

Ich habe \_\_\_\_\_ Jahre Hormone eingenommen und mache derzeit eine Pause

Ich hatte \_\_\_\_\_ Geburten, sie waren  spontan  mit Kaiserschnitt

Mein letzter Besuch beim Frauenarzt war \_\_\_\_\_, bei Dr. \_\_\_\_\_

Es wurde ein Abstrich vorgenommen  ja  nein

Irgendwas wichtiges was noch vergessen wurde?

---

---

---

---

---

---

Datum, Unterschrift