Patientenfragebogen

Was ist der Grund für Ihren Besuch?

_____

Seit wann haben Sie die Beschwerden?

_____

Wann besser? wann schlechter?

Mit den folgenden Fragen möchten wir herausfinden, ob neben dem Grund für Ihre Behandlung noch andere Beschwerden oder Störungen vorliegen.

Bitte ankreuzen, was zutrifft oder häufig vorkommt

☐ Fieber
☐ Müdigkeit
☐ Verstärktes Schwitzen
☐ Nachtschweiss
☐ Schwitzen am Tag
☐ an den Füssen
☐ an den Händen
☐ Geruch des Schweiss
☐ Schlafstörungen

☐ Schwindel
☐ Haarausfall

Sind Sie oft:
☐ Wütend
☐ Innerlich unruhig, nervös
☐ Lebensfroh

☐ Sorgenvoll
☐ Traurig/depressiv
☐ Ängstlich/schreckhaft
☐ vergesslich

Bevorzugen Sie:
☐ Wärme
☐ Kälte

Ernähren Sie sich :
☐ vegetarisch
☐ vegan

Kopfschmerzenart:
☐ stechender Schmerz
☐ ziehender Schmerz
☐ pulsierender Schmerz
☐ dumpfer Schmerz
☐ Spannungskopfschmerzen

Kopfschmerzenort:
☐ Stirnkopfschmerzen
☐ Seitenkopfschmerzen
☐ Scheitelkopfschmerzen
☐ Hinterkopfschmerzen

Atemwegsbeschwerden:
☐ Erkältungen
☐ Schnupfen
☐ Atemnot
☐ Husten
☐ Auswurf
☐ Asthma

Magenbeschwerden:
☐ Aufstossen
☐ Magenbrennen
☐ Blähungen
☐ Völlegefühl
☐ Brechreiz
☐ Erbrechen
☐ Appetit

Ohrenprobleme:
☐ Ohrensausen
☐ Ohrgeräusche
Art der Geräusche:
☐ Pfeifen (hoher Ton)
☐ Rauschen (tiefer Ton)
☐ leise
☐ laut

Stuhlunregelmässigkeiten:
☐ Verstopfung
☐ Durchfall
☐ Blut im Stuhl
☐ weicher Stuhl (geformt)
☐ breiiger Stuhl (nicht geformt)
☐ trockener Stuhl (Klümpchen)
☐ wässeriger Stuhl (flüssig)
Wievielmal pro Tag:_____

Leiden Sie unter:

Augenprobleme?

- ☐ Sehschwäche
- ☐ Augenentzündungen
- ☐ Augenflimmern

Beschwerden beim Wasserlösen:

- ☐ Zu häufig
- ☐ Brennen, Schmerzen
- ☐ Blut im Urin

Farbe:_____

Geruch:_____

Menge:_____

- ☐ Häufige Blasenentzündungen
- ☐ Harninkontinenz
- ☐ Zyklusstörungen

- ☐ Gelenksbeschwerden
- ☐ Rückenschmerzen
- ☐ Gefühlsstörungen an Armen/Beinen
- ☐ Muskelschwäche
- ☐ Geschlechtskrankheiten
- ☐ Störungen der Sexualfunktion

Bei Frauen:

- ☐ Menstruationsschmerzen
- ☐ zu starke Blutung
- ☐ zu schwache Blutung

Farbe des Blutes:_____

Konsistenz des Blutes:_____

Herzbeschwerden:

- ☐ Herzklopfen
- ☐ Herzrasen
- ☐ Herzstolpern
- ☐ Unregelmässiger Puls
- ☐ Druck auf der Brust
- ☐ Herzschmerzen, Angina pectoris

Venenbeschwerden:

- ☐ Beinschwellungen
- ☐ Krampfadern
- ☐ Schweregefühl in den Beinen
- ☐ Wadenkrämpfe
- ☐ Thrombosen

Leber/Gallebeschwerden

- ☐ Gelbsucht
- ☐ Gallenkoliken

Sonstige Fragen:

- ☐ Rauchen Sie? Falls ja, wieviel?
- ☐ Trinken Sie regelmässig Alkohol

Medikamentenkonsum

Welche Medikamente nehmen Sie:

- ☐ Nehmen Sie Drogen

Persönliche Vorgeschichte

Leiden Sie unter:

- ☐ Bluthochdruck
- ☐ Zu niedrigem Blutdruck
- ☐ Diabetes
- ☐ Herzkrankheiten
- ☐ Tuberkulose
- ☐ Osteoporose
- ☐ Übertragbaren Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis etc.)
- ☐ Bei Frauen: sind sie zur Zeit schwanger
- ☐ Hatten Sie Operationen, schwere Krankheiten oder Unfälle und wann?

- ☐ Treiben Sie Sport

Sind Sie im Beruf/Freizeit häufig folgenden klimatischen Bedingungen ausgesetzt?

- ☐ Wind/Durchzug
- ☐ Feuchtigkeit
- ☐ Hitze
- ☐ Kälte

Familienvorgeschichte:
Kommen in Ihrer Familie folgende Krankheiten gehäuft vor:
- ☐ Kreislaufkrankheiten (Bluthochdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall)
- ☐ Allergien
- ☐ Krebs
- ☐ Diabetes
- ☐ Uebergewicht
- ☐ Nervenkrankheiten
- ☐ Rheumaleiden
- ☐ Anfallsleiden/Epilepsie
- ☐ Psychische Krankheiten (Depression, Schizophrenie, etc.)
- ☐ Andere: