

Anmeldebogen

Geschlecht M O F O

Geburtsdatum:.....

Telefonnummer:.....

Allgemein

-Beruf:.....

-Sport / wie oft pro Woche? :

-Hobby:.....

-Medikamente:.....

-Ärztliche Behandlung:.....

Beschwerden

-Was ist Ihre Hauptbeschwerde und seit wann haben Sie diese?.....

-Wie ist diese Beschwerde entstanden? O akut

O graduell

-Durch Sturz oder Unfall?.....

-Wie ist ihr Verlauf? O zunehmend

O gleichbleibend

O wechselnd

O abnehmend

-Wann sind diese Beschwerden da?.....

-Wodurch werden Ihre Beschwerden besser?.....

-Wie verhält sich die Beschwerde im Tagesverlauf?.....

-Bei Schmerzen bitte die Art der Schmerzen ankreuzen:

- stechend
- brennend
- beklemmend
- schießend
- dauerhaft
- Klopfschmerz
- anders

-Haben Sie, neben oben beschriebenen Beschwerden, noch andere?.....

-Haben Sie Nahrungsunverträglichkeiten oder Allergien?.....

-Gibt es in Ihrer Familie erbliche Erkrankungen wie Herz-Kreislauf/Diabetes/Rheuma/Krebs?

.....

-Wenn Untersuchungsergebnisse Ihrer Beschwerden vorliegen bringen Sie diese bitte mit:

Blut und Labor, MRT/CT, Röntgen

-Hatten Sie Operationen, Krankenhausaufenthalte und/oder Unfälle?

.....

Vorgeschichte

Bitte schildern Sie chronologisch Ereignisse wie Erkrankungen, Operationen, Unfälle und sonstige wichtige Erlebnisse (Arbeitsumstände, Schwangerschaft, Psyche, Auslandsaufenthalte außerhalb Europas)

.....

.....

.....

Weitere Fragen in Bezug auf Ihre Gesundheit.

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an

Allgemein

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Gewichtsveränderung | <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Doppelbilder/Sehverschlechterung | <input type="checkbox"/> Lymphknotenschwellung |
| <input type="checkbox"/> Deutlich zugenommene Müdigkeit/Leistungsabnahme | | |

HNO/Atemwege

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Schlecht Luft bekommen/Kurzatmigkeit | <input type="checkbox"/> Pfeifende Atmung | <input type="checkbox"/> Ohrgeräusche/Tinnitus |
| <input type="checkbox"/> Husten | <input type="checkbox"/> Halsschmerzen/-Entzündung | <input type="checkbox"/> Stirn-/Nebenhöhlenentzündung |
| <input type="checkbox"/> Chronisch erkaltet | | |

Herz/ Kreislauf

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Blutdruckprobleme | <input type="checkbox"/> Arteriosklerose | <input type="checkbox"/> Erhöhte Cholesterinwerte |
| <input type="checkbox"/> Herzklopfen/ Rhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> Druck oder Schmerzen auf der Brust | <input type="checkbox"/> Kalte Hände/ Füße |
| <input type="checkbox"/> Krampfadern | <input type="checkbox"/> O Wasser | |

Niere/Blase

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Wiederkehrende Blasenentzündung | <input type="checkbox"/> Schmerzen beim Wasserlassen | <input type="checkbox"/> Abnahme Urinstrahl |
| <input type="checkbox"/> Nachtropfen | <input type="checkbox"/> O Blut im Urin | <input type="checkbox"/> O Urinfarbe anders (Trüb, Farbe, Geruch) |
| <input type="checkbox"/> Nierenentzündung | | |

Frau

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Schmerzhaftes Menstruation | <input type="checkbox"/> Unregelmäßige Menstruation | <input type="checkbox"/> Veränderte Zyklus |
| <input type="checkbox"/> Änderung Blutverlust | <input type="checkbox"/> O Wechseljahrsbeschwerden | <input type="checkbox"/> O Pille/Hormontherapie |

Magen/Darm

- | | | | |
|--------------------------------------|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> Magen-Darminfekt | <input type="checkbox"/> Durchfälle | <input type="checkbox"/> Trockener Mund |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Blähungen | <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen/Krämpfe | <input type="checkbox"/> Sodbrennen |

Bewegungsapparat

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Schwellung im Gelenk | <input type="checkbox"/> Muskelverspannungen | <input type="checkbox"/> Nackenschmerzen | <input type="checkbox"/> Steifigkeit |
| <input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen | <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen/ Krämpfe | <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> Kribbeln/Taubheit |

Haut

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Haarausfall | <input type="checkbox"/> Ausschlag/ Ekzem | <input type="checkbox"/> O schnell blaue Flecken | <input type="checkbox"/> O Trockene Haut |
| <input type="checkbox"/> Übermäßiges Schwitzen | <input type="checkbox"/> O Juckreiz | | |

Empfinden

- | | | | | |
|--|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Grübeln | <input type="checkbox"/> O Nervosität | <input type="checkbox"/> O Depression | <input type="checkbox"/> O Konzentrationsschwäche | <input type="checkbox"/> O Irritation |
| <input type="checkbox"/> O Aufbrausend | <input type="checkbox"/> O Traurig | <input type="checkbox"/> O Unentschieden | <input type="checkbox"/> O Lustlos | <input type="checkbox"/> O Wenig Selbstvertrauen |
| <input type="checkbox"/> O Hineinfressen | <input type="checkbox"/> O Gedächtnisschwäche | | | |