

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

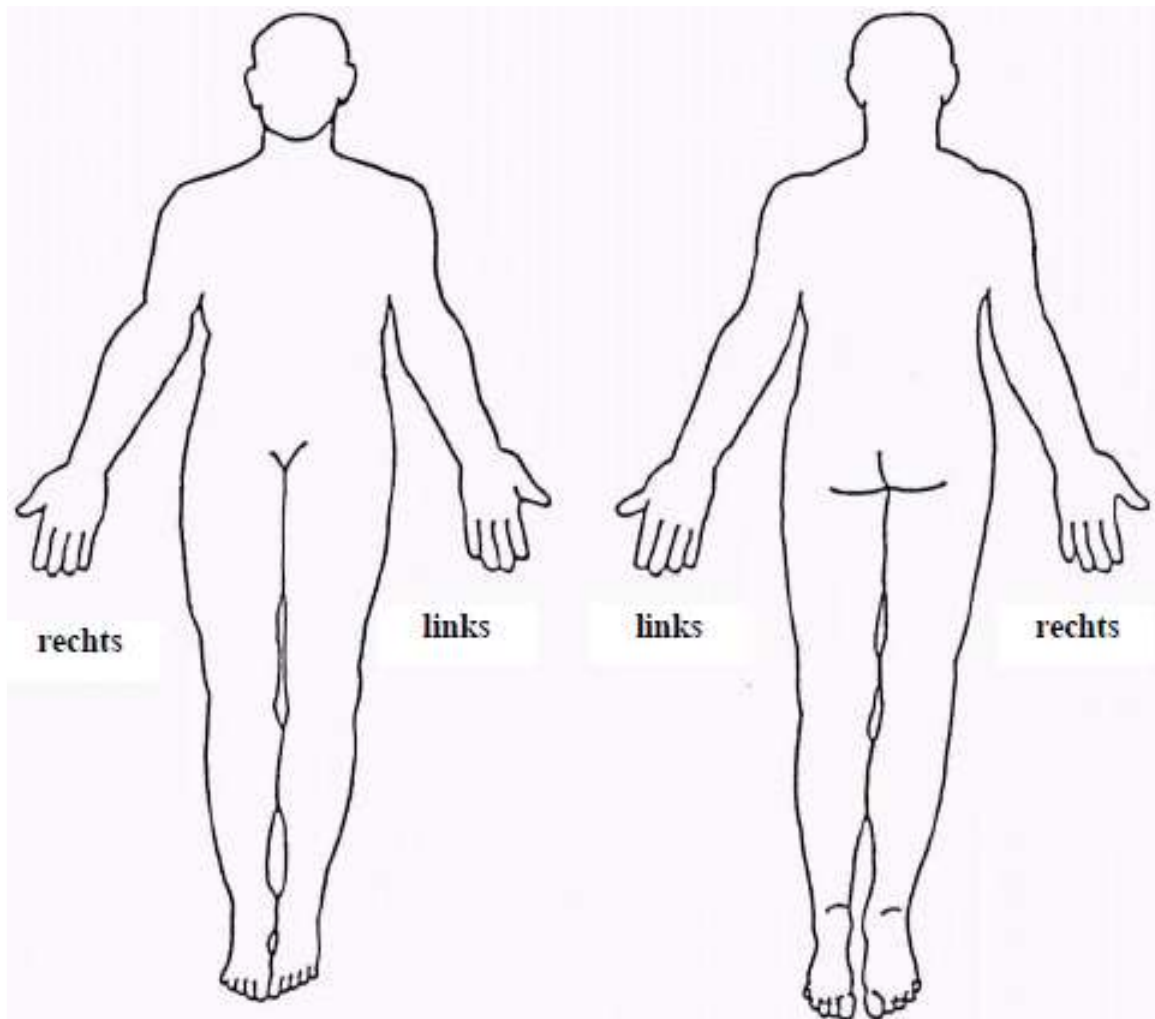
Markieren Sie bitte in der folgenden Zeichnung **umrandet und schraffiert**, wo sie **die aktuellen Schmerzen** haben.

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: _____