



## Liebe Patientinnen und Patienten

Zur besseren Vorbereitung Ihrer Behandlung bitte wir Sie den folgenden Fragebogen auszufüllen. Alle Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht.

### Allgemeine Angaben

Mein aktuelles Körpergewicht \_\_\_\_\_ kg

Meine Körpergröße \_\_\_\_\_ cm

Rauchen Sie (bitte ankreuzen)? Ja  Nein

Bitte beschreiben Sie kurz Ihre aktuellen Beschwerden:

---

---

---

---

---

Seit wann haben Sie Beschwerden? \_\_\_\_\_

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden? Z.B. eine Erkrankung, Unfall, Kummer, Trauer, Operation, Medikamente, Impfungen usw.

---

Haben sich die Schmerzen seitdem verändert? Wenn ja, inwiefern?

---

Wie oft haben Sie die Schmerzen?

Immer     mehrmals am Tag     seltener     wöchentlich



Wann haben Sie die Schmerzen?

- am Tag
- nachts
- im Liegen
- nach dem Essen
- in Ruhe
- bei Belastung
- beim Aufstehen

Gibt es etwas, das die Beschwerden verschlimmert?

- Bewegung
- Ruhe
- Wärme
- Kälte

Wie ist das Schmerzempfinden?

- ziehend
- stechend
- krampfend
- bohrend
- klopfend
- reißend
- dumpf
- brennend
- drückend
- kolikartig
- beengend

Haben Sie neben dem Schmerz noch weitere Symptome?

- Hautrötung
- Schwellung
- Taubheitsgefühl
- Kribbeln
- Seh-oder Hörstörungen
- Koordinationsstörungen
- Müdigkeit
- Blässe
- Bewegungseinschränkung
- Schwindel
- Schweißbildung
- Berührungsempfindlichkeit
- „Ameisenlaufen“
- Gangunsicherheit
- Muskelschwäche

Bisherige Schmerzbehandlung. Mit welchem Erfolg?

---

---

---

---

---

---

---

---





Haben Sie Störungen, Entzündungen oder Erkrankungen in folgenden Körpersystemen?

- |   |                                      |   |
|---|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Gehirn           | <input type="checkbox"/> Lunge       | <input type="checkbox"/> Herz               |
| <input type="checkbox"/> Nervensystem     | <input type="checkbox"/> Schilddrüse | <input type="checkbox"/> Nieren             |
| <input type="checkbox"/> Blase            | <input type="checkbox"/> Gebärmutter | <input type="checkbox"/> Leber              |
| <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Trakt | <input type="checkbox"/> Galle       | <input type="checkbox"/> Bauchspeicherdrüse |

Haben Sie Probleme beim

- |                                    |                                       |
|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Stuhlgang | <input type="checkbox"/> Wasserlassen |
|------------------------------------|---------------------------------------|

Haben Sie häufig

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> Blähungen            |
| <input type="checkbox"/> Durchfall   | <input type="checkbox"/> einen nervösen Magen |

Leiden Sie unter

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen   | <input type="checkbox"/> Leistungsabfall        | <input type="checkbox"/> Überforderung      |
| <input type="checkbox"/> Familienproblemen | <input type="checkbox"/> Konzentrationsschwäche | <input type="checkbox"/> Gereiztheit        |
| <input type="checkbox"/> Angstgefühlen     | <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen  | <input type="checkbox"/> Unruhe             |
| <input type="checkbox"/> Arbeitsproblemen  | <input type="checkbox"/> anderen Problemen      | <input type="checkbox"/> dauerhaftem Stress |



### Fragen nur an Frauen

Leiden Sie unter Menstruationsbeschwerden, -schmerzen, unregelmäßigen Blutungen

- Ja  Nein

Nehmen Sie Hormone / die Pille?

- Ja  Nein

Wenn Sie leibliche Kinder haben.

a. Wie war die Geburt?

- Spontangeburt  PDA  
 Zangengeburt  Steißlage

b. Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft, oder nach Geburt?

- Ja  Nein

Wenn ja welche? \_\_\_\_\_

4. Leiden Sie unter Wechseljahresbeschwerden?

- Ja  Nein



### Allgemeine Lebensweise

Wie sehen Ihre Essgewohnheiten aus?

- Allesesser       Vegetarier       Veganer
- Fastfood       besondere Diät, ggf. welche \_\_\_\_\_

Wie viel trinken Sie am Tag? \_\_\_\_\_ Liter

Wie oft trinken Sie alkoholische Getränke?

- täglich                       2-3 Mal die Woche
- einmal wöchentlich       einmal im Monat
- nie

Gibt es in der Familie besondere Erkrankungen, Erbkrankheiten?

---

---

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder andere Substanzen?

---

---

Wenn Sie operiert wurden  
Wann, was und wie wurde bei Ihnen operiert?

---

---

Gab es Komplikationen oder postoperative Beschwerden?

---

---



Welche Narkose haben Sie erhalten

- Vollnarkose                       Teilnarkose                       Rückenmarksnarkose

**Krankengeschichte**

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Bringen Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte zur ersten Behandlung in unsere Praxis mit.

Vielen Dank!