

Eingangsfragebogen zur Krankheitsgeschichte

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, bitte beantworten Sie kurz und klar die nachfolgenden Fragen. Vielen Dank!

Name, Vorname :

Geburtsdag :

Adresse:

Telefonnummer:

Versicherung:

Allgemeine Fragen

1. Welcher Arbeit gehen Sie nach? (auch Hausfrau, Schüler, etc.)

2. Haben, hatten Sie allgemeine Erkrankungen (z.B. Herz-Kreislauf, Lunge, HNO, Urogenital, Zucker, Schilddrüse...)? Haben Sie Allergien/Unverträglichkeiten?

3. Hatten Sie in Ihrer Kindheit eine schwere Erkrankung, gab es Probleme bei Ihrer Geburt?

4. Für Frauen: haben Sie Kinder geboren? Wie viele? Gab es Probleme während Schwangerschaft oder Geburt?

5. Hatten Sie irgendwann in Ihrem Leben einen/mehrere Unfall/fälle (auch Stürze, Umknicken, etc.)
Wenn ja – bitte schildern Sie den Unfall kurz und die Folgen.

6. Hatten Sie operative Eingriffe? Wann? Welcher Art?

7. Nehmen sie regelmäßig Medikamente? Welche?

Jetzige Beschwerden

1. Welche Beschwerden haben Sie zu mir geführt?

2. Wann haben Sie begonnen, gab es einen Auslöser?

3. Haben die Schmerzen/Beschwerden sich geändert, sind sie gewandert?

4. Haben Sie Ameisenlaufen, Taubheitsgefühle, funktioniert etwas nicht richtig?

5. Ändern sich die Schmerzen/Beschwerden im Laufe des Tages?

6. In welcher Körperhaltung sind die Schmerzen/Beschwerden am schlimmsten (z.B. beim Schlafen, Sitzen, Gehen)?

7. In welcher Körperhaltung haben Sie weniger oder keine Probleme? Was tut Ihnen gut?

8. Gibt es begleitende Beschwerden? (z.B. Schwindel, Schlafstörungen, Antriebsmangel...)?

9. Schmerzqualität: beschreiben Sie kurz ihre Schmerzen (z.B. scharf, brennend, oberflächlich, krampfartig, wellenförmig, wechselhaft, einschließend, bohrend...):

10. Wo auf einer Schmerzskala, die von „0“ für völlige Schmerzfreiheit bis 10 für den schlimmsten vorstellbaren Schmerz reicht, würden Sie Ihre Schmerzen eintragen?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11. Leiden Sie unter seelischen Belastungen (z.B. Stress, Konflikte, Trauer...)? Pflegen/Versorgen Sie ein Familienmitglied?

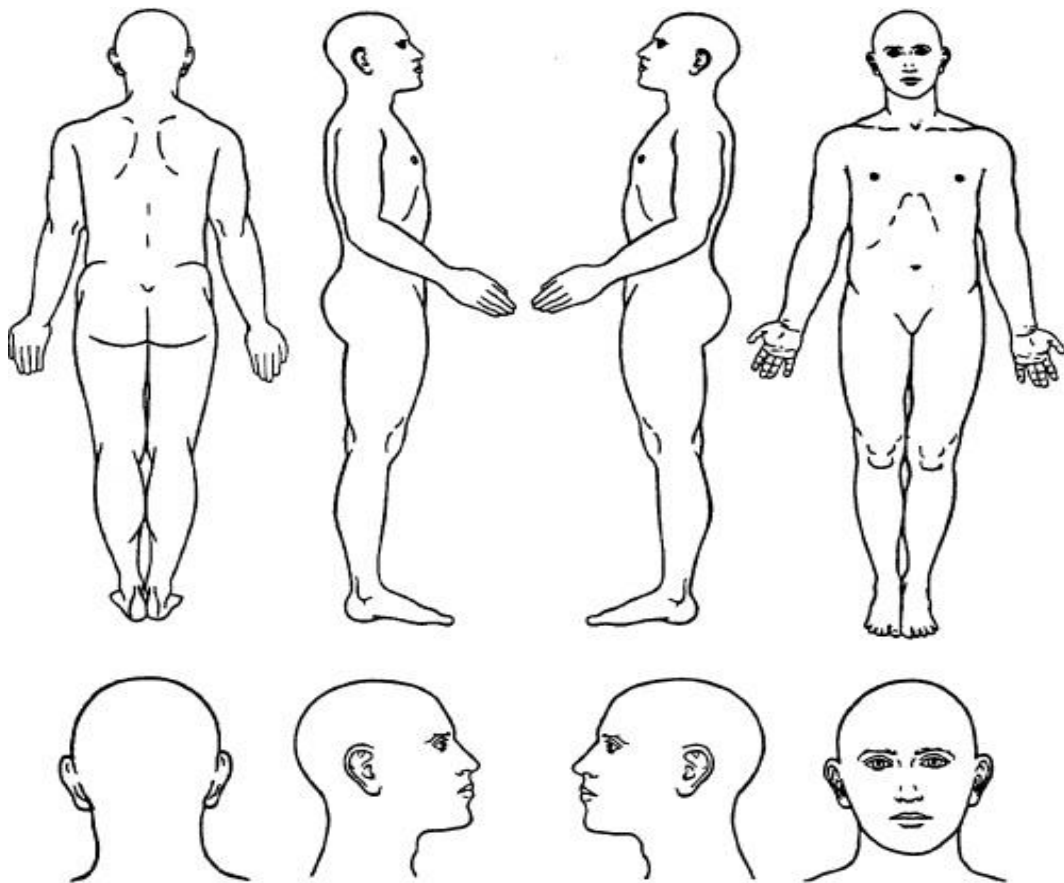
12. Wurden/werden Sie aufgrund dieser Beschwerden behandelt?

13. Hatten Sie Röntgen, Kernspintomografie oder andere Untersuchungen? Gibt es Befunde?

14. Gibt es noch Wichtiges, was nicht gefragt wurde?

15. Was ist Ihr Wunsch für die Behandlung?

Zeichnen Sie bitte hier ein, wo Sie überall Schmerzen haben.



Falls Ihre Schmerzen von einem bestimmten Gebiet her ausstrahlen (z.B. vom Nacken),
kennzeichnen Sie bitte diese Stelle mit einem Kreuz (x); die Ausstrahlungsrichtung
können sie mit einem Pfeil (•>) markieren.