



Erstkontaktfragebogen

Um Sie gründlich und gezielt untersuchen und anschließend spezifisch behandeln zu können, benötigen wir vorab einige Informationen von Ihnen.

Name _____

Beruf _____

Treiben Sie Sport? Wenn ja, was? _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____



Haben Sie derzeit **Beschwerden**?

Markieren (X) Sie bitte die Stellen, an denen Sie die Beschwerden haben.

Zeichnen Sie zudem bitte größere **Narben** ein (---)

Wie ist Ihr derzeitiges **Wohlbefinden**?

Markieren Sie (X), wie Sie sich fühlen.

sehr gut

geht so

sehr schlecht

• Sind Sie zurzeit **schwanger**? Woche: _____

• Wieviel reines Wasser trinken sie täglich? _____ Liter

• Rauchen Sie zurzeit? ja nein

Haben Sie schon einmal geraucht? ja nein

• Nehmen Sie zurzeit **Medikamente** ein? Wenn ja, welche?

• Welche **Medikamente** haben Sie in den letzten 4 Wochen eingenommen?

BITTE WENDEN!

Welche der folgenden **Erkrankungen** wurden bei Ihnen je diagnostiziert?

Krebs	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche Art?	
Herz-Kreislaufprobleme	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welcher Art?	
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche Art?	
Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche Art?	
Autoimmunerkrankungen	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche Art?	
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	Rheumatoide Arthritis o.ä.	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen von Leber u.o. Galle	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenprobleme	<input type="checkbox"/>	Thrombose	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	andere Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>
Abhängigkeit (u.a. Alkohol)	<input type="checkbox"/>	Depressionen	<input type="checkbox"/>
Andere...	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche?	

An welchen **Beschwerden** leiden Sie derzeit, die sind für Sie neu/ ungewöhnlich/ atypisch sind?

Schwindel	<input type="checkbox"/>	Schwellungen	<input type="checkbox"/>
Übelkeit/ Erbrechen	<input type="checkbox"/>	Verstopfung/ Durchfall	<input type="checkbox"/>
Kribbeln/ Taubheit	<input type="checkbox"/>	Sodbrennen	<input type="checkbox"/>
Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	Inkontinenz	<input type="checkbox"/>
Schwächegefühl	<input type="checkbox"/>	Blutungen	<input type="checkbox"/>
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	Hörstörungen	<input type="checkbox"/>
Fieber/ Schwitzen	<input type="checkbox"/>	Sehschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>
Gewichtsveränderung	<input type="checkbox"/>	Herzrasen	<input type="checkbox"/>
Hautauschlag/ Rötungen	<input type="checkbox"/>	Atemnot	<input type="checkbox"/>
Andere...	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche?	

Bitte nennen Sie alle jemals stattgefundenen **Krankenhausaufenthalte** und **Operationen** (auch Geburten):

1. WAS? _____ WANN?

2. WAS? _____ WANN?

3. WAS? _____ WANN?

Hatten Sie weitere ernsthafte **Verletzungen**, die behandelt werden mussten?
Wenn ja, was und wann?

1. WAS? _____ WANN?

2. WAS? _____ WANN?

Datum & Unterschrift _____