



PATIENTEN-FRAGEBOGEN „ERSTKONTAKT“

Sehr geehrte Patienten,

bitte füllen Sie den Fragebogen aus und schicken ihn **bis spätestens eine Woche vor Ihrem Termin** an unsere Praxis zurück. Der Arzt kann sich so bestmöglich auf den Erstkontakt vorbereiten. Gemeinsam werden wir Ihren Fragebogen besprechen und ergänzen. Dies ist notwendig, um diagnostische Lücken zu schließen. Dann kann bestmöglich eine sinnvolle und erfolgreiche Therapie beginnen.

Bitte bringen Sie – sofern vorhanden- aktuelle **Laborwerte** und **Vorbefunde, Einlagen und Aufbisschienen sowie Arztberichte** mit zum Erstkontakt!

Patientendaten

Name: _____ Vorname: _____

geb.: _____ Geburtsort: _____

(geborene: _____)

Telefon privat: _____ Handy: _____

E-Mail: _____@_____

Körpergröße: _____ cm Gewicht: _____ kg

Allergien: _____ keine bekannt

Was ist Ihr vordringlichstes **Behandlungsziel /Beratungswunsch?**



Sozialanamnese:

Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig	Seit wann verheiratet:
	<input type="checkbox"/> verheiratet	
	<input type="checkbox"/> Partnerschaft ohne Heirat	
	<input type="checkbox"/> geschieden	

Falls Kinder auf der Welt sind:

Name 1. Kind		Geb.:
Name 2. Kind		Geb.:
Name 3. Kind		Geb.:
Name 4. Kind		Geb.:

Höchster Schulabschluss:

Ausbildung(en):

wann?:

- _____

- _____

- _____

Glaubensgemeinschaft: _____

Ausgeübter Beruf: _____ Schichtdienst: ja nein

Lebenstraum: _____

Hobbys: _____

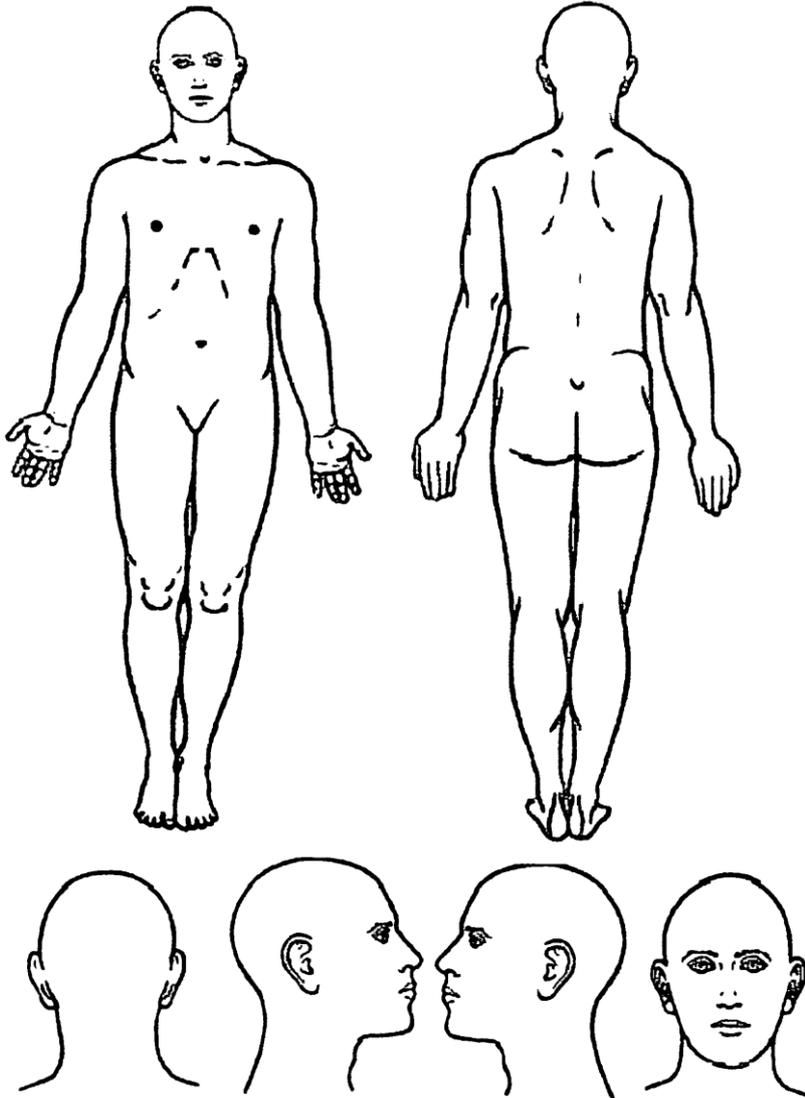
Aufgegebene Hobbys: _____

Womit entspannen Sie sich? _____



1.) Bitte zeichnen Sie im Körper-Schema ein, an welchen Körperstellen Ihre **Beschwerden** auftreten:

2.) Bitte zeichnen sie zusätzlich alle **Narben** ein:



Bitte ankreuzen, wenn erfolgt (=versteckte Narben!):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Extraktion eines Weisheitszahn/-zähnen | <input type="checkbox"/> Wurzelbehandelte Zähne/Implantate |
| <input type="checkbox"/> Piercings | <input type="checkbox"/> alte Knochenbrüche |
| <input type="checkbox"/> Dammschnitt bei Frauen | <input type="checkbox"/> Beschneidungen |
| <input type="checkbox"/> Entfernung der Gebärmutter durch die Scheide hindurch | |
| <input type="checkbox"/> Lippenbändchen durchtrennt | |



Welche Operationen wurden bei Ihnen durchgeführt?

Jahr	Operation

Behandlungsbedürftige Beschwerden

Bitte schildern Sie Ihre Beschwerden in kurzen Worten:

Beispiel: Beschwerde 1:

- **Ort:** Armschmerz
- **Dauer:** seit 25 Jahren
- **Auslöser:** unbekannt
- **Art:** Schmerz immer vorhanden
- **Besserung auf:** Wärme
- **Verschlechterung auf:** Stress und Kälte
- **An welche Ursache glauben Sie:** Sturz vom Fahrrad
- **Woran hindern Sie Ihre Beschwerden:** kann mit meinem Partner kein Tennis mehr spielen
- **Diagnostik:** Röntgen der Schulter, Dr. Müller, ohne Befund.
- **Vergangene Therapien:** Akupunktur, Schmerztabletten, Kuraufenthalt in St. Gallen

Beschwerde 1:



Beschwerde 2:

Bisherige Arztbesuche wegen Ihrer Beschwerden:

bitte benutzen Sie- falls erforderlich die Rückseite zusätzlich



Familienanamnese:

Erkrankungen der **Mutter**: _____

Erkrankungen des **Vaters**: _____

Erkrankungen der **Geschwister**: _____

Erkrankungen des **Opas väterlicherseits**: _____

Erkrankungen der **Oma väterlicherseits**: _____

Erkrankungen des **Opas mütterlicherseits**: _____

Erkrankungen der **Oma mütterlicherseits**: _____

ORGANANAMNESE:

Wenn zutreffend, bitte ankreuzen: 

Wenn nicht zutreffend, bitte wie folgt markieren:

Für den Grad der Beeinträchtigung bitte unter den Tabellen jeweils Kategorie 0 (keine Beschwerden) bis zur Kategorie 3 (starke Beeinträchtigung) ankreuzen.

Augen

Nah-Brille		Punkte sehen		Lichtblitze/Doppelbilder	
Fern-Brille		trockene Augen		Bindehautentzündung	
Gleitsicht-Brille		lichtempfindlich		Kurze Blindheit	
Operationen		Katarakt (grauer Star)		Glaukom (Grüner Star)	
Vom Hellen ins Dunkle schwierig		Vom Dunklen ins Helle schwierig		Viel am Bildschirm/Computer	
verschwommen sehen		Nachts Auto fahren schlecht		Ringe um die Augen	

Sonstiges:

keine (0)	Beeinträchtigung (1)	(2)	starke (3)	← Bitte ankreuzen
--------------	--------------------------------	-----	---------------	-------------------



Nase

Riechen gut		Nase trocken	
Operationen		Nase verstopft nachts/tagsüber	
Entzündungen der Nasennebenhöhlen		Nase tropft oft	

Sonstiges:

keine (0)	Beeinträchtigung (1) (2)	starke (3)	← Bitte ankreuzen
--------------	------------------------------------	---------------	-------------------

Ohren

Hören schlecht		Gefühl wie Wasser im Ohr		Hörgeräte vorhanden	
Ohrgeräusche		Jucken im Gehörgang		Richtungshören schlecht	
Gefühl wie Watte im Ohr		Entzündungen im Gehörgang		Operationen	

Sonstiges:

keine (0)	Beeinträchtigung (1) (2)	starke (3)	← Bitte ankreuzen
--------------	------------------------------------	---------------	-------------------

Mund

Trockener Mund		Früher Zahnspange?		Wurde Amalgam ausgeleitet?	
Zungenbrennen		Amalgam-Füllungen		Wurde Amalgam entfernt?	
Parodontose		Gold-Füllungen vorhanden		Dritte Zähne/Zahnersatz	
Wurzelbehandlungen		Zahnimplantate vorhanden		Zähne gezogen worden?	
Mundschleimhautprobleme		Mundgeruch		Aufbisschiene vorhanden?	

Welche **Zahnpasta** wird benutzt: _____

Sonstiges:

keine (0)	Beeinträchtigung (1) (2)	starke (3)	← Bitte ankreuzen
--------------	------------------------------------	---------------	-------------------

Haut

Trockene Haut		Neigung zu Quaddeln		Schweiß juckt/brennt	
Ekzeme/Jucken		Massive Rötung bei Insektenstichen		Fettige Haut	



Neigung zu blauen Flecken		Hautpilz		Wurden dunkle Flecken heraus operiert?	
Sonnenallergie?		Schnell Sonnenbrand?		Meiden Sie die Sonne?	
Neurodermitis		Schuppenflechte		Herpes Zoster (Gürtelrose)	
Schmuckallergie		Pflasterallergie		Bekommen Sie Lippenherpes?	
		Starkes Schwitzen bei geringer Belastung			

Welche Seife wird benutzt? _____

Welches Deo wird benutzt? _____

Welche Cremes/Bodylotion werden benutzt? _____

Sonstiges:

keine (0)	Beeinträchtigung (1)	(2)	starke (3)	← Bitte ankreuzen
--------------	--------------------------------	-----	---------------	-------------------

Haare

Haarausfall		Brüchige Haare?	
-------------	--	-----------------	--

Welches Shampoo wird benutzt: _____

Sonstiges:

keine (0)	Beeinträchtigung (1)	(2)	starke (3)	← Bitte ankreuzen
--------------	--------------------------------	-----	---------------	-------------------

Nägel

Brüchige Nägel		Weißer Flecken	
Längsrillen		Verformungen der Nägel	
Nagel-Pilz			

Sonstiges:

keine (0)	Beeinträchtigung (1)	(2)	starke (3)	← Bitte ankreuzen
--------------	--------------------------------	-----	---------------	-------------------

Nervensystem

Konzentrationsstörungen		Unruhige Beine nachts		Hang zum Grübeln	
Wortfindungsstörungen		Vergesslichkeit		Manchmal Ängste	
Angst vor Zukunft		Lidzucken		Borreliose?	



Schwindel/Gleichgewichtsstörungen		Unangemessene Müdigkeit (tagsüber)		Macht das Leben Spaß?	
Abends eine Zeile mehrfach lesen müssen		Zuhause öfters z.B. an eine Tischkante stoßen; „eine Ecke mitnehmen“		„Ich kenne mich so nicht, ich war früher anders“	
Schlaganfall		Epilepsie		Parkinson	
Nervenverletzung		Lähmungen		Multiple Sklerose	
Kaffee bessert Beschwerden		Gefühlsschwankungen		Schnell erschöpft	
Kalte Hände/kalte Füße		Schwitzen bei geringer körperlicher Belastung		Schwarz werden vor den Augen z.B. beim Aufstehen von Bett/Stuhl	
Hände zittern		Kloßgefühl manchmal		„Bitzeln“/Taubheitsgefühl in Extremitäten	
Unentschlossenheit		Nebel im Kopf		Extreme Launen	
Innere Unruhe		Manchmal extreme Gefühle		Angstattacken	
Neigung zu Tränenausbrüchen		Spezifische Ängste		Depression	
Black-Outs					

Nerven Sonstiges:

keine (0)	Beeinträchtigung	starke (3)	←Bitte ankreuzen
	(1) (2)		

Muskeln

Muskelkrämpfe tagsüber		Muskelzucken	
Muskelkrämpfe nachts		Schnell „Muskelkater“	
Kraft nimmt ab		Gelegentlich brennende Muskeln	
Schwere Beine		Schnell müde Muskeln	

Sonstiges:

keine (0)	Beeinträchtigung	starke (3)	←Bitte ankreuzen
	(1) (2)		

Hals

Engegefühl		Operationen		Öfter Halsweh?	
Luftnot		Morgens heiser		Mandeln entfernt?	
Lymphknotenschwellungen		Manchmal Kloßgefühl		Schluckbeschwerden	

Sonstiges:

keine (0)	Beeinträchtigung	starke (3)	←Bitte ankreuzen
	(1) (2)		



Schilddrüse

Schilddrüsen-Operation		Vergrößerung (Struma)	
Schilddrüsen-Entzündung		Funktionsstörung bekannt?	

Sonstiges:

keine (0)	Beeinträchtigung (1) (2)	starke (3)	← Bitte ankreuzen
--------------	---------------------------------------	---------------	-------------------

Speiseröhre

Sodbrennen		Schlucken manchmal unangenehm	
------------	--	-------------------------------	--

Sonstiges:

keine (0)	Beeinträchtigung (1) (2)	starke (3)	← Bitte ankreuzen
--------------	---------------------------------------	---------------	-------------------

Magen

Völlegefühl		Magengeschwür gehabt?	
Werden Mittel gegen Magensäure eingenommen?		Druckgefühl im Oberbauch?	
Saures Aufstoßen		Helicobacter pylori Infektion gehabt?	
Gastritis gehabt?		Magenspiegelung gehabt? Wann?	

Sonstiges:

keine (0)	Beeinträchtigung (1) (2)	starke (3)	← Bitte ankreuzen
--------------	---------------------------------------	---------------	-------------------

Darm

Verstopfung		Vermehrte Gasbildung	
Divertikel		Nach Nahrungsaufnahme plötzlich vermehrte Gasbildung (insbesondere nach Süßem)?	
Dickdarm- Spiegelung gehabt (Coloskopie)? Wann? _____		Nachts Krämpfe am After	
Darm-Krebs bei Verwandten		Juckreiz am After	
Stuhl geformt, wie eine „Wurst“, mittelbraune Farbe		Wie oft Stuhlgang?	
Durchfall		Hämorrhoiden	

Sonstiges:



keine (0)	Beeinträchtigung (1)	(2)	starke (3)	←Bitte ankreuzen
---------------------	---------------------------------------	------------	----------------------	------------------

Niere/Blase

Nierensteine gehabt?		„Undicht“ (inkontinent)?	
Öfters Blasenentzündungen?		Manchmal Harnsperre? (man möchte Wasser lassen und es dauert eine Weile...)	
Brennen beim Wasserlassen		Urin ist immer hellgelb	
Nierenbeckenentzündung gehabt?		Operationen gehabt?	

Sonstiges:

keine (0)	Beeinträchtigung (1)	(2)	starke (3)	←Bitte ankreuzen
---------------------	---------------------------------------	------------	----------------------	------------------

Herz

Herzrasen/Herzstechen		Herzinfarkt durchgemacht?	
Engegefühl in der Brust		Bluthochdruck bekannt?	
Herzstolpern		Herzmuskelentzündung bekannt?	
„Aussetzer“		KHK bekannt	
Herzkatheter gehabt?		Schmerzen in der Brust	

Sonstiges:

keine (0)	Beeinträchtigung (1)	(2)	starke (3)	←Bitte ankreuzen
---------------------	---------------------------------------	------------	----------------------	------------------

Lunge

Tuberkulose gehabt?		Asthma bekannt?	
Lungenentzündung gehabt?		Öfters Infekte der Atemwege?	
Reizhusten?		Manchmal Luftnot?	

Sonstiges:

keine (0)	Beeinträchtigung (1)	(2)	starke (3)	←Bitte ankreuzen
---------------------	---------------------------------------	------------	----------------------	------------------

Leber/Galle

Gallensteine bekannt		Gallenblase entfernt worden?	
Gelb gewesen?		Alkohol wird gut vertragen	
Fettleber bekannt?		Leberentzündung gehabt?	

Sonstiges:



keine (0)	Beeinträchtigung (1)	(2)	starke (3)	←Bitte ankreuzen
---------------------	---------------------------------------	------------	----------------------	------------------

Männer **letzter Besuch beim Urologen:**

Prostata-Vergrößerung bekannt?		Operationen der Prostata		Nachlassen der Erektion ?	
Nachtröpfeln		Rückgang von Muskelmasse?		Libido (Lust auf Sex) vermindert?	
Harnstrahl schwächer geworden?		Ist Ihre Brust größer geworden?		Unterbindung (Sterilisation) gehabt?	
Unerklärliche Gewichtszunahme		Körperbehaarung weniger geworden?		Schwellungen von Körperteilen?	

Sonstiges:

keine (0)	Beeinträchtigung (1)	(2)	starke (3)	←Bitte ankreuzen
---------------------	---------------------------------------	------------	----------------------	------------------

Frauen **letzter Besuch beim Frauenarzt:**

Erste Periode mit wie viel Jahren		Schmerzen beim Geschlechtsverkehr	
Periode schmerzhaft		Klimakteriumsbeschwerden?	
PMS?		Endometriose bekannt?	
Periode →	<input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> unregelmäßig	←
Geburten		Operationen	
Pille		Kaiserschnitt? <input type="checkbox"/> Dammschnitt? <input type="checkbox"/>	
Schmerzen während der Periode?		Gebärmutter entfernt?	
Öfters Pilzinfektionen?		Klimakteriums-Beschwerden	
Starke Monatsblutung?		Sind Abstriche auffällig gewesen?	
Spannungsgefühl in den Brüsten/schmerzhafte Brüste?		Myome bekannt	
Überempfindlichkeit im genitalen Bereich (Schamlippen,Klitoris, Scheide) ?		Unangemessener Haarwuchs an Gesicht/Körper?	
Fehlgeburten		Besteht unerfüllter Kinderwunsch?	
Blasenschwäche?		Schwellungen von Körperteilen?	
Nachlassende Libido		Unerklärliche Gewichtszunahme?	

Wie wird verhütet: **Kondom** **Kupferspirale** **Hormonspirale (z.B. Mirena)**
 Temperaturmethode **Pille**

Sonstiges:



Falls Menopause

Menopause seit wann		Hormon- Ersatztherapie?	
Seitdem Beschwerden?		Seitdem Gewichtszunahme	
Wie wurde verhütet?			
keine (0)	Beeinträchtigung (1)	(2)	starke (3)
←Bitte ankreuzen			

Infektionen

Nennen Sie Ihre Kinderkrankheiten (sofern bekannt)		Häufige Antibiotika-Einnahme?	
EBV- Infektion (Pfeiffersches Drüsenfieber) durchgemacht?		Hatten Sie Geschlechtskrankheiten?	
Häufiger Infekte?		Sonstiges:	
keine (0)	Beeinträchtigung (1)	(2)	starke (3)
←Bitte ankreuzen			

Schlaf

Gut einschlafen		Sind Sie morgens erholt?	
Gut durchschlafen		Morgendliche Anlaufzeit:	
Träume werden erinnert		Elektrische Geräte im Schlafzimmer (Wecker, Fernseher, Radio)	
Wie oft auf Toilette nachts		Schwitzen nachts?	
Morgens Schmerzen? (Rücken?)		Morgens geschwollene Finger?	
Knirschen mit den Zähnen?		Häufiger Albträume?	
Schnarchen?		Atemaussetzer? (Bitte auch Lebenspartner hierzu befragen)	
Wie viele Stunden schlafen Sie im Durchschnitt		Raumtemperatur	
Mittagsschlaf?			
keine (0)	Beeinträchtigung (1)	(2)	starke (3)
←Bitte ankreuzen			



Impfungen

Polio		Diphtherie		Tetanus	
Hepatitis A		FSME		Pertussis	
Hepatitis B		Grippe-Impfung		Negative Folgen nach Impfungen?	

Welche Impfungen werden noch erinnert?

Impfschäden?

Medikamente

Bitte auch Insuline, Salben, Nahrungsergänzungsmittel, Kräuter-Tee's, Hormone, Homöopathika, Schüsslersalze, etc. auflühren:

Medikament	Dosierung	morgens	mittags	abends	Zur Nacht
Beispiel: Aspirin	100 mg	0	1	0	0

Knöchern/gelenkiger Bewegungsapparat

Bandscheibenvorfall		Knochenbrüche	
Arthrose bekannt?		Auf den Steiß gefallen?	
Operationen?		Schwere Stürze	
Gelenkschwellungen		Öfters eingerenkt worden?	

Andere Erkrankungen des Bewegungsapparates:

keine (0)	Beeinträchtigung (1)	(2)	starke (3)	← Bitte ankreuzen
--------------	-------------------------	-----	---------------	-------------------

Ihre Geburt

Waren Sie ein Kaiserschnitt-Kind?	
Sauglocken-Geburt?	
Gestillt worden? Wie lange?	
Gedeihstörungen bekannt?	



Blut-Gefäße

Krampfadern		Verkalkungen bekannt?	
Thrombosen		Operationen	
keine (0)	Beeinträchtigung (1)	(2)	starke (3) ←Bitte ankreuzen

Schreiben Sie alle Vor-Diagnosen auf:

Diagnose	Seit wann:
-	
-	
-	
-	
-	

Hatten Sie Krebserkrankungen:

--

Unfälle/Bagatellverletzungen:

Sind Sie jemals auf den Kopf gestürzt: _____
Verkehrsunfälle mit Schleudertrauma: _____
Sturz auf das Steißbein: _____
Sonstiges: _____

Leibeskultur: Wie oft pro Woche pflegen Sie sich mit:

Dehnen/Stretching		Spazieren gehen		Walking	
Krafttraining		Joggen/Fahrrad		Sonstiges	

Ernährung:

Frühstück: bitte Portionen angeben, z.B. Brot. 2 Scheiben

Müsli		Obst		Brot/Weck	
Milch (Tassen)		Kakao (Tassen)		Kein Frühstück	
Käse		Aufschnitt		Eier	



(Scheiben)		(Scheiben)			
Obstsaft (Gläser)		Gemüsesaft (Gläser)		FrISChe Sprossen	
Nüsse		Kaffee		Tee	

Sonstiges:

Typisches Mittagessen:	Getränke:
Kantinenessen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Typisches Abendessen:	Getränke:
------------------------------	------------------

Kochen Sie frisch? (Bitte ankreuzen)

selten	<input type="checkbox"/>
oft	<input type="checkbox"/>
immer	<input type="checkbox"/>

Kaufen Sie Bio-Qualität, vielleicht sogar Demeter-Qualität?

selten	<input type="checkbox"/>
oft	<input type="checkbox"/>
immer	<input type="checkbox"/>

Wie viel Tassen Kaffee oder Tee trinken Sie täglich:

Wie viel Wasser trinken Sie täglich?

Wie viel Alkohol trinken Sie in der Woche?

Werden Sie z.B. nach einer Nudelmahlzeit sehr müde? Ja Nein

Wie oft essen Sie Fleisch in der Woche? /Woche

Wie oft essen Sie Fisch in der Woche? /Woche

Umweltanamnese: Benutzten Sie in den letzten 2 Jahren oft: **Bitte unterstreichen !**
Pilzsprays (Pflanzen, Badezimmer, Schlafzimmer, Schwimmbad-Füße? Wenn ja, welche?

Schädlingsvernichtungsmittel gegen Läuse, Ameisen oder andere Pflanzenschutzmittel? Welche?

Desinfektionsmittel? Welche?

Haben Sie im **Beruf** regelmäßig zu tun (gehabt) mit: Desinfektionsmitteln, Sprays, Schädlingsvernichtung, Reinigungskemikalien, Klebstoffe, Lacke, Abbeize, Farben, Druckertinte, Folien, Plastik, Verbrennung, sonstiges?

Wohnen Sie in der Nähe von Funkmasten? Windrädern? Bahnstrecken?

Haben Sie in den vergangenen 2 Jahren neue Möbel oder Fußbodenbeläge erhalten?

Verwenden Sie **Weichspüler**?

Benutzen Sie Nagellack oder Nagellackentferner?

Sind Sie **Raucher** oder **Passivraucher**? Wenn ja, wie viele Zigaretten? Wie lange?

Wie oft tönen oder färben Sie sich im Jahr die Haare?

Befindet sich ein Laserdrucker am Arbeitsplatz oder zuhause?

Haben Sie in einem Haus mit **Wasserleitungen aus Blei** gewohnt?

Herzlichen Glückwunsch, Sie haben es geschafft...

Das haben Sie wirklich gut gemacht 😊

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen...



Wir freuen uns auf Ihren Besuch in unserer Praxis!