

|  |  |
| --- | --- |
| Vorname/Nachname |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Eingangsdaten. Datum: | Ja/Nein/Welche/Angaben/ |
| Größe |  |
| Gewicht |  |
| Alter |  |
| Hobby |  |
| Beruf |  |
| Geschlecht |  |
| Ärztliche Untersuchungsbefund-Diagnose |  |
| Labor-Röntgen-MRT-Sonstige Diagnostik |  |
| Einlagen |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| *B-Symptomatik* |  |
| Haben sie Fieber |  |
| Haben sie Nachtschweiß |  |
| Haben sie ungewollten Gewichtsverlust |  |
| Haben sie Nachtschmerzen |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Berufliche Belastung |  |
| Stehen |  |
| Sitzen |  |
| Laufen |  |
| Leichte Anstrengung |  |
| Mittler Anstrengung |  |
| Schwere Anstrengung |  |
| Schuhwerk (Arbeitsschuhe) |  |
| Arbeitslärm |  |
| Umwelt Einflüsse |  |
| Stress |  |

|  |
| --- |
| Sonstige Angaben |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| Beschwerden |

|  |  |
| --- | --- |
| Was sind ihre Hauptbeschwerden? |  |
| Seit wann haben sie diese Beschwerden? |  |
| Was war der Auslöser dieser Beschwerden? |  |
| Wodurch werden ihre Beschwerden verschlimmert? |  |
| Wodurch werden ihre Beschwerden gelindert? |  |
| Husten-Niesen Pressen Lösen Schmerzen aus? |  |
| Gibt es noch andere Probleme? |  |
| Haben sie Schwindel? |  |
| Haben sie Kopfschmerzen? |  |
| Starke Nervosität und Unruhe? |  |
| Stimmungsschwankungen? |  |
| Konzentrationsstörungen? |  |
| Müdigkeit/Mattigkeit/Erschöpfung? |  |

|  |
| --- |
| Vorerkrankungen |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | JA | NEIN | UNBEKANNT |
| Thrombosen |  |  |  |
| Bluthochdruck |  |  |  |
| Gefäßerkrankungen |  |  |  |
| Herzkrankheiten |  |  |  |
| Magenerkrankung |  |  |  |
| Lungenerkrankung |  |  |  |
| Nierenerkrankung |  |  |  |
| Krebs |  |  |  |
| Gicht |  |  |  |
| Rheuma |  |  |  |
| Leberentzündung |  |  |  |
| Psychische Erkrankungen |  |  |  |
| Sonstige |  |  |  |

|  |
| --- |
| Operationen |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| JA | NEIN | WANN | WAS |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Bisherige Behandlungen |

**Bitte ankreuzen(Setzten sie Bitte ein X)**

|  |  |
| --- | --- |
| Hausarzt( ) | Internist( ) |
| Orthopäde( ) | Psychologe( ) |
| Physiotherapeut( ) | Spezialklinik( ) |
| Osteopath( ) | Akupunkteur( ) |
| Chiropraktiker( ) | Homöopath( ) |
| Hals-Nasen-Ohrenarzt( ) | Heilpraktiker( ) |
| Neurologe( ) | Sonstige( ) |

|  |
| --- |
| Gewohnheiten |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | JA | NEIN | WIE VIEL | SEIT WANN |
| Rauchen Sie |  |  |  |  |
| Trinken Sie regelmäßig Alkohol |  |  |  |  |
| Haben sie viel Stress |  |  |  |  |
| Treiben Sie Sport |  |  |  |  |
| Essen sie frisches Gemüse |  |  |  |  |
| Essen sie regelmäßig Fisch |  |  |  |  |
| Essen sie regelmäßig Fleisch |  |  |  |  |
| Essen sie regelmäßig Milchprodukte |  |  |  |  |
| Schlafen sie ausreichend |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Vegetative Anamnese |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Vermehrt | Vermindert | Trifft nicht zu |
| Durst |  |  |  |
| Appetit |  |  |  |
| Stuhlgang |  |  |  |
| Wasserlassen |  |  |  |
| Ich Schwitze |  |  |  |

|  |
| --- |
| Medikamente |

|  |  |
| --- | --- |
| JA(Welche) | NEIN |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| Familienvorgeschichte |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | JA | NEIN | MUTTER | VATER |
| Bluthochdruck |  |  |  |  |
| Blutzuckerkrankheit |  |  |  |  |
| Herzinfarkt |  |  |  |  |
| Fettstoffwechsel Störung |  |  |  |  |
| Stoffwechsel Störung |  |  |  |  |
| Asthma |  |  |  |  |
| Krebs |  |  |  |  |
| Thrombose |  |  |  |  |
| Sonstiges |  |  |  |  |