

THOMAS VENUS

FRAGEBOGEN ERSTBESUCH

Name _____ Geburtsdatum _____
Strasse _____ Tel _____
PLZ/Ort _____ Beruf _____
E-Mail _____ Größe/Gewicht _____
Empfehlung über _____ Familienstand/Kinder _____

Versicherung: Gesetzlich Beihilfe Privatversichert Privat-Zusatzversichert

Name der Versicherung _____

Bitte geben Sie hier Ihre Hauptbeschwerden an:

1. _____
2. _____
3. _____

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jeztigen Beschwerden?

z.B. Erkrankung, Kummer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente, usw.

Welche weiteren Erkrankungen treffen auf Sie zu?

- | | | |
|--|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Herzleiden | <input type="checkbox"/> Depressionen | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Migräne/Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Hautkrankheiten | <input type="checkbox"/> Allergien |
| <input type="checkbox"/> Durchfall/Verstopfung | <input type="checkbox"/> Nierenbeschwerden | <input type="checkbox"/> Pilze |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenbeschwerden | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen | <input type="checkbox"/> Schwindel |
| <input type="checkbox"/> Sonstige | _____ | |

Welche Krankheiten sind in Ihre Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Geschwister, etc.

z.B. Krebs, Tuberkulose, psychische Erkrankungen, Allergien, Multiple Sklerose, Neurodermitis, Herzkrankheiten, Schlaganfall, Nierensteine, Selbstmord, Asthma, Diabetes, Gallensteine, etc.

THOMAS VENUS

Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein ?

- | | | |
|---|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Blutfette | <input type="checkbox"/> Harnsäure | <input type="checkbox"/> Schilddrüse |
| <input type="checkbox"/> Blutdruck/Herz | <input type="checkbox"/> Hormone | <input type="checkbox"/> Vitamin D |
| <input type="checkbox"/> Sonstige _____ | | |

Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Antibiotika eingenommen?

Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen/Migräne? JA / wie häufig _____ NEIN

Haare: Haarausfall, kreisrunder, vereinzelter JA / seit wann _____ NEIN

Augen: Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, Grauer Star, Macula-Degeneration

Ohren: Tinnitus, Schwerhörigkeit L R JA / seit wann _____ NEIN

Zähne tote Zähne, Füllungen, Implantate, wurzelbehandelte Zähne, gezogene Weisheitszähne
JA / wie viele/welche _____ NEIN
Amalgam Kunststoff Keramik
Gold Sonstige _____

Wurden Amalgamfüllungen entfernt? JA / seit wann _____ NEIN

Wurde eine Ausleitung durchgeführt? JA / seit wann _____ NEIN

Nase: Nasennebenhöhlenentzündungen, Operationen, behinderte Nasenatmung, verstopft

Mandeln: Operationen, häufige Mandelentzündungen als Kind/heute

Schilddrüse: Überfunktion, Unterfunktion, Autoimmunerkrankung, Vergrößerung, Operation, Knoten

Brust - Bauch

Herz: Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmungen, Rhythmusstörungen

Lunge: Bronchitis, häufiges Husten, Asthma, das Gefühl nicht genügend Luft zu bekommen

Leber: Entzündung/Hepatitis, erhöhte Leberwerte

Galle: Kolliken, Steine, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit

Magen: Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Schmerzen, Sodbrennen

Darm: Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen, Würmer als Kind

Stuhlgang: täglich, jeden 2./3./4. Tag, unregelmäßig, übelriechend,
 Neigung zur Verstopfung/Durchfall/wechselhaft, ich kann den Stuhl nicht halten
 Stuhl hell/dunkel/hart/weich/knollig/schmierig, ich habe das Gefühl nicht fertig zu werden

THOMAS VENUS

Rücken - Arme- Beine - Haut

- Arme:** Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände, Operationen
- Beine:** Schmerzen, Krampfadern, Verletzungen, kalte Füße, Operation, Kribbeln, Taubheitsgefühl,
- Rücken:** Schmerzen, Beweglichkeit eingeschränkt, Verspannungen, Belastungen durch Beruf
- Haut/Nägel:** Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen Pilze, eingewachsene Nägel
Nagelbettentzündungen, brüchige Nägel, eingerissene Nägel
- Narben:** Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben?
JA / bitte beim Besuch zeigen NEIN

Unterleib - Gynäkologie

- Gynäkologie:** Ausfluss, Eierstockentzündungen, Eileiterschwangerschaft, Fehlgeburten, Abtreibung
Zysten, Myome, Tumore, Geschlechtskrankheiten
- Menstruation:** Wann war Ihre erste Menses? _____ Wann war Ihre letzte Menses? _____
Beschwerden vor/nach/während der Regel - welche _____
Wechseljahrsbeschwerden? _____
- Verhütung:** Welche? _____
- Prostata:** Vergrößert, Entzündungen gehabt, Beschwerden beim Wasserlassen
- Niere/Blase:** Nierensteine, Blasenentzündung, JA / wie häufig/wann _____ NEIN
- Harn:** viel, wenig, häufig, kann den Urin nicht gut halten, häufiger Geruch nach _____
- Sexualität:** Vermindert, Verstärkt, Unbefriedigt, Beschwerden nach dem Geschlechtsverkehr

Allgemeines

- Blutgruppe:** Welche? _____
- Blutdruck:** zu hoch / zu niedrig _____
- Rauchen Sie:** JA / wie häufig/wann _____ NEIN
- Auf einer Skala von 1-10 wobei 10 optimal wäre- wieviel Energie haben Sie?** _____
- Wieviel Liter und was trinken Sie pro Tag?** _____
- Treiben Sie Sport? Welchen?** _____
- Schlaf:** Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen um _____ Uhr, Schwierigkeiten beim Einschlafen
Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, heiße Füße, Zähneknirschen
- Schlafzeit:** Übliches zu Bett gehen um _____ Uhr, übliches Aufstehen um _____ Uhr

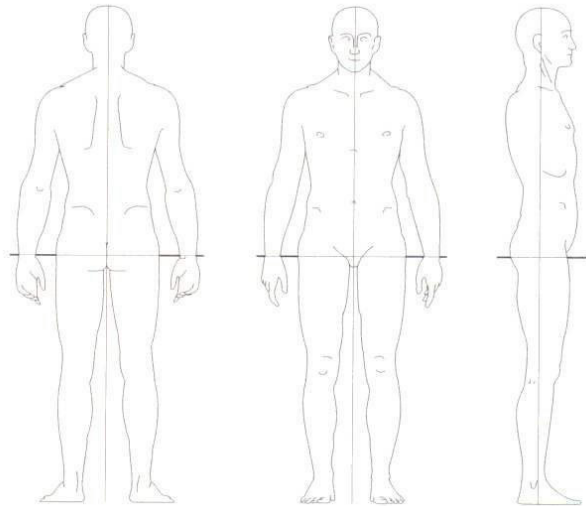
THOMAS VENUS

Schmerzfragen

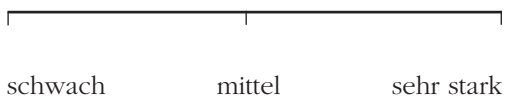
Wo treten Schmerzen auf?

bitte kennzeichnen

Kreuz: Punktförmiger Schmerz
Linie: Unklare Schmerzlokalisierung
Pfeil: Austrahlender Schmerz



Schmerzskala für den Hauptschmerz



Seit wann haben Sie Schmerzen?

Gab es ein auslösendes Ereignis?

Wie oft haben Sie Schmerzen?

Immer, mehrmals am Tag , alle paar Tage, wöchentlich, seltener

Welche Ereignisse verschlimmern?

Körperliche Belastung, längeres Stehen, Sitzen, Gehen, Stress,
 Wärme, Kälte, Nahrungsmittel, Husten, Niesen, Wetterlage
 Monatsblutung, Sonstiges _____

Welche Ereignisse verbessern?

Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Sport, Schmerzmittel, Urlaub
 Sonstiges _____

THOMAS VENUS

Gemüt

- Leiden Sie unter Ängsten? Alleinsein, Dunkelheit, Höhenangst, Krankheiten, etc.
- Sind Sie leicht reizbar? JA / seit wann _____ NEIN
- Leiden Sie unter anhaltendem Kummer: JA / welchen _____ NEIN
- Haben Sie finanzielle Sorgen: JA / seit wann _____ NEIN
- Was ist ihre größte Sorge im Leben? _____
- Grollen Sie jemanden? JA / wen _____ NEIN
- Was ist Ihr größter Wunsch: _____
- Welche Ziele haben Sie im Leben? _____

Krankengeschichte

Chronologie Ihrer Krankengeschichte

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

Wieviele Ärzte oder Heilpraktiker haben Sie bislang besucht?

Wie war der Erfolg?

schlecht mittel sehr gut

THOMAS VENUS

Ernährung

Essen Sie vegetarisch oder vegan?

Vegetarisch

Vegan

NEIN

Halten Sie sich an ein Ernährungsmodell?

Bitte notieren Sie, welche Nahrungsmittel Sie vorgestern und gestern gegessen haben.

	Vorgestern	Gestern
Morgens		
Mittags		
Abends		

Zwischenmahlzeiten? _____

Haben Sie Heißunger auf?

Salz - Süßes - Saures - Fettiges - Bitters - Scharfes

Sonstiges _____

Besteht eine Laktoseunverträglichkeit? JA / seit wann _____ NEIN

Besteht eine Glucoseunverträglichkeit? JA / welche _____ NEIN

Besteht eine Glutenunverträglichkeit? JA / seit wann _____ NEIN

Welche Lebensmittel vertragen Sie nicht? _____

Gegen welche Lebensmittel besteht eine Abneigung?
