

Sehr geehrte(r) Patient (in),

herzlich willkommen in der Praxis für BioLOGISCHE Medizin und
Microkinesitherapie

Nachfolgend einige Punkte, um deren Beachtung ich bitte:

Ich nehme mir viel Zeit für Sie und Ihre Anliegen. Falls Sie einen Termin nicht einhalten können, sagen Sie diesen unbedingt **mindestens 24 Stunden vorher** ab. Bei kurzfristiger Absage oder Nichterscheinen berechne ich eine Ausfallpauschale gemäß beiliegender Behandlungsvereinbarung.

Damit ich mich auf Sie vorbereiten kann, wäre es gut, wenn Sie mir den ausgefüllten Fragebogen, die Datenschutzerklärung und die Behandlungsvereinbarung spätestens drei Tage vor Ihrem Ersttermin zukommen lassen.

Falls Sie den Übermittlungsweg per E-Mail wählen, geschieht dies in der Kenntnis, dass die Daten nicht verschlüsselt übertragen werden.

Es ist kein Problem, wenn Sie nicht alle Fragen beantworten können, lassen Sie die entsprechenden Felder frei. Am Termin ist ausreichend Raum dafür.

Bitte legen Sie, falls vorhanden, Laborbefunde bzw. sonstige Befundberichte bei.

Ich freue mich, Sie als Neupatient(in) begrüßen zu dürfen.

Sabine Hirschauer



Aufnahme – Fragebogen

Datum: _____

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____ Postleitzahl: _____

Wohnort: _____ Geburtstag: _____

Telefon: _____ Sonstige Tel: _____

Krankenkasse (zutreffendes bitte einkreisen):

gesetzlich (Selbstzahler)

privat

gesetzlich mit Zusatzversicherung

Beihilfe

Kasse / Tarif: (bei Zusatz- oder Privatversicherung) _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Arbeitgeber: _____

Frühere Berufsausübung: _____

Freizeit, Sport, Hobby: _____

Soziales Umfeld: _____

(leben Sie allein, mit Partner, mit Familie, sind Sie verheiratet, geschieden, haben Sie Kinder, Geschwister, usw.)

Nächster Angehöriger: _____

Hausarzt: _____

Facharzt: _____

Zahnarzt _____

Sonst. Therapeut, Heilpraktiker usw. _____

Wer hat mich empfohlen? _____



Fand innerhalb der letzten drei Monate eine Behandlung bei einer der oben genannten Berufsgruppen statt? Ja Nein

Datum: _____

Grund der Behandlung: _____

Gehen Sie zu den altersentsprechenden Vorsorgeuntersuchungen?

Wurde bei Ihnen jemals eine der folgenden Erkrankungen diagnostiziert?

Ja Nein

Krebs

Herzprobleme

Hoher Blutdruck

Asthma

Diabetes Typ I oder Typ II

Thrombose

Schlaganfall

Magengeschwüre

Nierenerkrankungen

Leberfunktionsstörungen

Autoimmunerkrankung z.B. Multiple Sklerose?

Andere: _____

Entzündliche Gelenkerkrankungen

Bandscheibenvorfall

Knochenbrüche / Bandverletzungen

Darmerkrankungen/Darmverschluss/Divertikel

Allergische Reaktionen / Allergischer Schock

Anfallsleiden / Epilepsie

Depressionen

Posttraumatische Belastungsstörung

Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten anderen Substanzen

Haben Sie im letzten Monat Gedanken gehabt, nicht mehr Leben zu wollen?

Stress (Arbeit / zu Hause)



Akute Infektionskrankheiten

Wenn ja, welche?

Bitte kreuzen Sie aktuelle Beschwerden an, die für Sie neu oder ungewöhnlich sind:

	Ja	Nein	Wenn ja, seit wann?
Gewichtsveränderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Übelkeit, Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schwächegefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fieber, Schüttelfrost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
nächtliches Schwitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kribbeln oder Taubheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Zittern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Doppelbilder sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Verlust der Sehschärfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hörstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hautausschlag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gelenk- oder Muskelschwellung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Angstzustände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Unerklärliche blaue Flecken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Starke Blutung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Regelmäßiger Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Arm-Beinschwellung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzstolpern/Herzrasen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Verstopfung/Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blut im Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blut im Urin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schwarzer Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____



Probleme beim Wasserlassen _____
Mögliche Schwangerschaft _____

Anleitung: Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten die Fragen bitte mit eigenen Worten beantworten.

Für welche 3 Hauptbeschwerden wünschen Sie sich eine Besserung? Was ist Ihr Wunsch an mich? Was ist Ihr Ziel?

- 1.
- 2.
- 3.

Was war unmittelbar (einige Tage bis wenige Wochen) vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Veränderung in Beruf oder Privatleben, Hautausschläge, Medikamente, Diäten, Zahnbehandlung etc.

Was verbessert Ihre Beschwerden?

Was verschlimmert Ihre Beschwerden?

Gibt es dort, wo Sie sich oft aufhalten (z.B. zu Hause, bei der Arbeit) Belastungen durch Schimmel, Lärm, Rauch, Abgase, Elektrosmog, Chemikalien?

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister?

z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne

Eltern:

Großeltern:

Geschwister:



Leiden Sie unter Kopfschmerzen / Migräne Ja / Nein

Falls ja, wie häufig und wann (z.B. Menstruation, Wetterwechsel, Uhrzeiten usw.)

Tragen Sie bitte auf der Skala die Schmerzstärke ein.

Kein Schmerz

größter vorstellbarer Schmerz

| _____ |

Ohren links / rechts Tinnitus seit: Schwerhörigkeit seit: Entzündungen seit:	Augen Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, Grauer Star, Macula-Degeneration usw. Sehstörungen, Doppelbilder, hängende Lider
Mandeln Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute	Nase Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen als Kind / heute
Haare Haarausfall, kreisrunder, vereinzelter, seit wann?	Gehirn: Schlaganfall, Krampfleiden (Epilepsie)
Schilddrüse Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation, Hashimoto, M. Basedow	Psyche / Nervensystem Nervenzusammenbruch, Depression, Burnout, Trauma Zeitraum? Auslöser?



Brust / Magen-Darm / Nieren

Herz Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen, Herzschrittmacher, Herzrasen	Lunge / Atemwege Bronchitis, häufig Husten, Atembeschwerden, Atemnot, Asthma, Entzündung
Leber Entzündung – Hepatitis, auffällige Leberwerte?	Galle Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit
Magen Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Schmerzen, Sodbrennen, unverträgliche Speisen, Aufstoßen	Darm Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen
Stuhlgang täglich, jeden 2. 3. 4. Tag, unregelmäßig, Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall	Niere/Blase Nierensteine, Entzündungen Harn viel, wenig, kann nicht halten

Rücken – Arme – Beine

Rücken Beweglichkeit, Verspannungen, Belastungen, Rheuma, Hexenschuss, Operationen, Bandscheibenvorfall Beinlängendifferenz?	Arme Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände, Lähmungen
---	---



Beine Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, Verletzungen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl, Lähmungen	Narben Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben? Wenn ja, wo und verursachen diese Beschwerden?
--	--

Gewebe / Haut / Nägel

Haut:	Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, Ekzeme, Herpes?
Nägel	eingewachsener Nagel Nagelbettenentzündung, Nägel brüchig, reißen ein
Gewebe	Wassereinlagerungen, weich „puffy“
Gewebe um die Augen	dunkle Augenringe, Schwellungen

Frauen

Brust Zysten, Tumore, Spannungsschmerz, Mastitis, etc.	Unterleib / Geschlechtsorgane Ausfluss, Eierstockentzündung, Ausschabung, Fehlgeburt, Tumor, Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten etc.
Menstruation In welchem Alter war die erste Menses?	Beschwerden vor/ nach / während der Regel Bitte Beschwerden kurz beschreiben
Nehmen Sie Verhütungsmittel? Welche?	Verminderte Libido?



Sonstiges?

Männer

Prostata vergrößert, Entzündungen gehabt,
aktuell, Beschwerden beim Wasserlassen

Erektionsprobleme?

Verminderte Libido?

Sonstiges?

Historie

Geburtsweg:

normal, Frühgeburt, Kaiserschnitt, Komplikationen?

Gab es Besonderheiten nach der Geburt / in der Säuglingszeit?

Antibiose, Aufenthalt in Kinderklinik

Wurden Sie gestillt? Wie lange?

Hatten Sie als Kind häufig Infekte?

Hatten Sie als Kind allergische Reaktionen oder Ekzeme?

Wie war Ihre Konzentrationsfähigkeit in der Schule?



Allgemeines

Blutgruppe:	Blutdruck:
Gewicht: Wohlfühlgewicht:	Körpergröße:
Trinken Sie Alkohol?	Nehmen Sie Drogen / Stimulanzien?
Vertragen Sie Alkohol?	Wie viel Liter und was trinken Sie pro Tag?

<p>Wie ist Ihr Schlaf?</p> <p>Leiden Sie an Schlaflosigkeit?</p> <p>Einschlafstörungen?</p> <p>Häufiges Erwachen (Uhrzeit?)</p> <p>Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, heiße/schwitzige Füße, Zähneknirschen?</p>
<p>Wie viele Stunden schlafen Sie? Wann gehen Sie normalerweise zu Bett, wann stehen Sie auf?</p> <p>Tragen Sie bitte auf der Skala Ihre Schlafqualität ein.</p> <p>Keine Erholung größte vorstellbare Erholung</p> <p> _____ </p>
<p>Tragen Sie bitte auf der Skala Ihre Energiestufe ein.</p> <p>Keine Energie größte vorstellbare Energie</p> <p> _____ </p>



Leiden Sie unter Ängsten oder anhaltendem Kummer? Wenn ja, welche?

Tragen Sie bitte auf der Skala die Ausprägung Ihrer Angst/Kummer ein

Keine Angst / Kummer

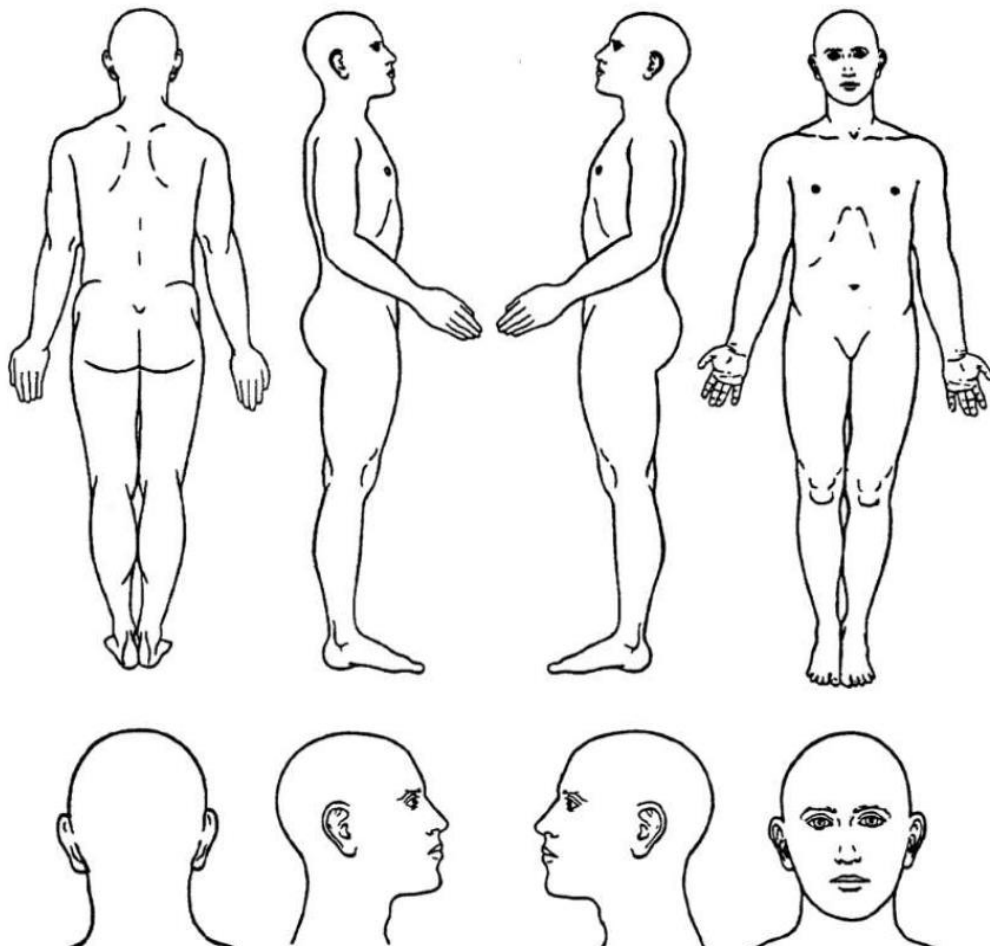
größte vorstellbare Angst / Kummer

| _____ |

Schmerzfragen

Wo treten Schmerzen auf?

Bitte kennzeichnen





Seit wann haben Sie die Schmerzen? Tragen Sie bitte auf der Skala die Schmerzstärke ein. Kein Schmerz größter vorstellbarer Schmerz _____	
Gab es ein auslösendes Ereignis?	Wie oft haben Sie die Schmerzen? Immer, mehrmals am Tag, alle paar Tage, wöchentlich, seltener
Was verschlimmert die Schmerzen?	Was verbessert die Schmerzen?
Schmerzbehandlung bisher?	

Ernährung

Essen Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? Diäten? Welche?	Besteht eine Laktose, Fruktose- oder Glutenunverträglichkeit?
Welche Lebensmittel vertragen Sie nicht?	Gegen welche Lebensmittel besteht eine Abneigung? Für welche Lebensmittel besteht eine Vorliebe?
Haben Sie häufig Heißhunger? Wenn ja, wann?	Fühlen Sie sich nach den Mahlzeiten müde, abgeschlagen, aufgebläht oder schwer?



Bitte notieren Sie, welche Lebensmittel Sie vorgestern und gestern gegessen haben

	Vorgestern	Gestern
Morgens Uhrzeit		
Mittags Uhrzeit		
Abends Uhrzeit		
Zwischenmahlzeiten Uhrzeit		



Welche Medikamente und / oder Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zurzeit regelmäßig ein?

(ggf. können Sie für Ihre Angaben gerne ein Beiblatt ergänzen)

Arzneimittel	Dosierung	Seit wann?

Chronologie der Krankengeschichte

Bitte erfassen Sie stichwortartig und mit Jahreszahl alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben. Hier können Sie auch Ereignisse auflisten, die als Auslöser / Ursache Ihrer derzeitigen Gesundheitsbeschwerden eine Rolle spielen.



Haben Sie ergänzende Anmerkungen, die für Sie wichtig sind?