

Patientenangaben

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: Private KV , Beihilfe , Zusatzversicherung , Selbstzahler/in

**Familiäre Situation:**

Familienstand: \_\_\_\_\_ Anzahl der Kinder/Alter: \_\_\_\_\_

Zu pflegende Menschen: \_\_\_\_\_ Zeitaufwand: \_\_\_\_\_

Körperliche Belastung: Ja  O, welche \_\_\_\_\_  
Nein  O

Emotionale-, psychische Belastung, Stress: Ja  O  
Nein  O

**Berufliche Situation:**

Beruf: \_\_\_\_\_ Wochenarbeitszeit: \_\_\_\_\_ Schicht: \_\_\_\_\_

Körperliche Belastung: Ja  O, welche \_\_\_\_\_  
Nein  O

Emotionale-, psychische Belastung, Stress: Ja  O  
Nein  O

**Freizeit Situation:**

TV- Stunden / Tag \_\_\_\_\_, PC- Std. pro Tag \_\_\_\_\_, Smartphone- Stunden / Tag \_\_\_\_\_

Freizeitaktivitäten: \_\_\_\_\_ Stunden / Woche \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Stunden / Woche \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Stunden / Woche \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Stunden / Woche \_\_\_\_\_

Patientenangaben

**Größe:** \_\_\_\_\_, **Gewicht:** \_\_\_\_\_, **Puls:** \_\_\_\_\_, **Blutdruck:** \_\_\_\_\_,

**Kreislaufbeschwerden:** ja  nein  Wenn Ja, wann? \_\_\_\_\_

**Cholesterin:** \_\_\_\_\_

**Osteoporose/ Knochendichte:** \_\_\_\_\_

**Grund der Konsultation:**

---

---

---

---

---

**Familiäre Erkrankungen:**

Mutter: \_\_\_\_\_

---

Vater: \_\_\_\_\_

---

Geschwister: \_\_\_\_\_

---

Großeltern: \_\_\_\_\_

---

**Besonderheiten meiner Geburt:** \_\_\_\_\_

(z.B. Steißlage, Kaiserschnitt, etc.)

**Durchgemachte Kinderkrankheiten:** \_\_\_\_\_

---

**Weitere Krankheiten in der Vergangenheit:** \_\_\_\_\_

---

---

Patientenangaben

Zur Zeit bestehende Erkrankungen (z. B. Herz, Lunge, Diabetes, etc.)	Seit wann bestehend	diese Medikament nehmen ich dafür ein?

Allergien: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hauterkrankungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Operation (z.B. Herz, Bandscheibe, etc.)	Datum der Operation	Welche Restbeschwerden bestehen noch? Welche Beschwerden traten danach auf?

Zahnersatz: \_\_\_\_\_

Material: \_\_\_\_\_

Füllungen: \_\_\_\_\_

Material: \_\_\_\_\_

**Amalgam Entfernung:**

ja  nein

Wenn Ja, wurde eine **Ausleitung** durchgeführt?

ja  nein

**Ich neige zu Entzündungen:**

ja  nein

Wo? \_\_\_\_\_

Patientenangaben

**Belastungen durch Rauch, Staub, Qualm, Abgase, Lösungsmittel, Chemikalien im Alltag:**

(z.B. durch Freizeit oder Beruf, auch in der Vergangenheit)

Welche? \_\_\_\_\_, wie häufig? \_\_\_\_\_

**Ich verwende folgende Kosmetika, Deo, Pflegeprodukte:**

---

---

**Hormonpräparate:** ja  nein  Wenn Ja, welche? \_\_\_\_\_

---

**Schlaf:**

Ich schlafe ca. \_\_\_\_\_ Stunden/Nacht ca. \_\_\_\_\_ Stunden tagsüber

Nach dem Schlaf bin ich:

Erholt

Nicht erholt, ich fühle mich:

---

Einschlafprobleme auf Grund:

Ungeordnete Gedanken ziehen durch

Konkretes nachdenken über eine Sache

Andere Gründe: \_\_\_\_\_

Durchschlafprobleme auf Grund von: \_\_\_\_\_

**Konzentrationsprobleme:** ja  nein

**Ich beurteile meine körperliche Leistungsfähigkeit als:**

gut

beeinträchtigt

Kurze Beschreibung: \_\_\_\_\_

**Hilfsmittel:** \_\_\_\_\_

(Einlagen, Korsett, Bandagen, Brille, Hörgerät, Stock, etc.)

Patientenangaben

**Rauchen:** ja  nein  Wenn Ja, was, wie viel? \_\_\_\_\_

**Alkohol:** ja  nein  Wenn Ja, was, wie viel? \_\_\_\_\_

**Drogenkonsum:**

Früher: ja  nein  wenn Ja, was, wie viel? \_\_\_\_\_

Heute: ja  nein  wenn Ja, was, wie viel? \_\_\_\_\_

**Essen:**

Ich habe ein Hungergefühl wenn ich esse: ja  nein

Ich esse \_\_\_\_\_ Hauptmahlzeiten/Tag Uhrzeiten: \_\_\_\_\_

Ich esse \_\_\_\_\_ Zwischenmahlzeiten/Tag Uhrzeiten: \_\_\_\_\_

Mischkost  viel Fleisch: ja  nein

Vegetarisch  viel Obst/Gemüse: ja  nein

Vegan  viel Brot: ja  nein

**Diät:** ja  nein  Wenn Ja, welche? \_\_\_\_\_

**Süßigkeiten:**

wenn Ja, was, wie viel? \_\_\_\_\_

**Trinken:**

Durstgefühl: ja  nein

Gesamt: \_\_\_\_\_ L/Tag, Kaffee: \_\_\_\_\_ L/Tag, zuckerhaltige Getränke: \_\_\_\_\_ L/Tag,

Wasser: \_\_\_\_\_ L/Tag, Alkohol: \_\_\_\_\_ L/Tag, wenn Ja welchen? \_\_\_\_\_

**Nahrungsergänzungsmittel:**

ja  nein  wenn Ja, welche? \_\_\_\_\_

Patientenangaben

**Urinverhalten:**

Farbe des Urins: \_\_\_\_\_

Blut im Urin: ja  nein

Brennen beim Wasserlassen: ja  nein

Wasserlassen: am Tag ca. \_\_\_\_\_ mal,

in der Nacht ca. \_\_\_\_\_ mal

**Stuhlverhalten:**

Stuhlgang: \_\_\_\_\_ mal täglich

Blut im/am Stuhl: ja , nein

häufig Verstopfung: ja  nein

Wenn ja, wann/wodurch \_\_\_\_\_

Schmerzen beim Stuhlgang: ja  nein

**Konsistenz:**

fast flüssig

weich

fest

hart

voluminös

wenig

in „Kötteln“

bleistiftartig

**Geruch:**

unauffällig

sauer

übel riechend

Farbe: \_\_\_\_\_

Blähungen: ja , nein  bei: \_\_\_\_\_

**Schwitzen:**

Kalter Schweiß

warmer Schweiß

geruchlos

beißend

Wann: \_\_\_\_\_

Patientenangaben

**Psychische Belastungen:**

Bitte tragen Sie traumatische Erlebnisse, Schicksalsschläge und emotional / psychisch belastende Ereignisse mit Jahreszahl chronologisch in den Zeitstrahl ein. Kreisen Sie diejenigen ein, die Ihnen bewusst auch heute noch zu schaffen machen.

|-----|  
Geburt Heute

**Ereignisse und Situationen die Unbehagen oder Stress verursachen:**

(auch Abneigungen, Phobien, etc.)

---

---

**So reagiere ich auf Stress:**

---

---

**Psychopharmaka:** ja  nein  Wenn Ja, welche? \_\_\_\_\_

Folgendes trifft auf mich zu:

Allgemein		ja	nein
1.	Nachtschweiß		
2.	Länger bestehendes unerklärtes Fieber		
3.	Erhöhte Blutsenkung		
4.	Aktueller unerklärbarer Gewichtsverlust (mehr als 5 KG im Monat)		
5.	Kortison oder kortikosteroide Medikamente über längere Zeit genommen		
6.	Konstanter Schmerz, der sich nicht verändert durch Ruhe oder Positionsveränderung		
7.	Krebs in der Vorgeschichte, HIV, Immunsuppression durch Medikamente		
8.	Infektion zur Zeit oder vor kurzem		
9.	Allgemeines Unwohlsein		
10.	Nächtliche Schmerzen		
11.	Gefühlsverlust, Kraftverlust		
12.	Zeckenbiss		
13.	Tropenaufenthalt		

Patientenangaben

### Schmerzangaben

Bitte geben Sie zuerst die vorrangigen, am meisten belastenden Schmerzen an und die am wenigsten belastenden Schmerzen als letztes.

#### Aktuelle Schmerzen, Region I:

Wo? \_\_\_\_\_ + zusätzliche Schmerzzeichnung nächste Seite

Seit wann? \_\_\_\_\_

Wodurch ausgelöst? \_\_\_\_\_

Wann oder wobei treten sie auf? \_\_\_\_\_

Wann oder wodurch können Sie sie lindern? \_\_\_\_\_

#### Aktuelle Schmerzen, Region II:

Wo? \_\_\_\_\_ + zusätzliche Schmerzzeichnung nächste Seite

Seit wann? \_\_\_\_\_

Wodurch ausgelöst? \_\_\_\_\_

Wann oder wobei treten sie auf? \_\_\_\_\_

Wann oder wodurch können Sie sie lindern? \_\_\_\_\_

#### Aktuelle Schmerzen, Region III:

Wo? \_\_\_\_\_ + zusätzliche Schmerzzeichnung nächste Seite

Seit wann? \_\_\_\_\_

Wodurch ausgelöst? \_\_\_\_\_

Wann oder wobei treten sie auf? \_\_\_\_\_

Wann oder wodurch können Sie sie lindern? \_\_\_\_\_

(Sollten Sie aktuell in weiteren Regionen Schmerzen haben, so führen Sie diese bitte zusätzlich auf.)



Patientenangaben

### Schmerzzeichnung

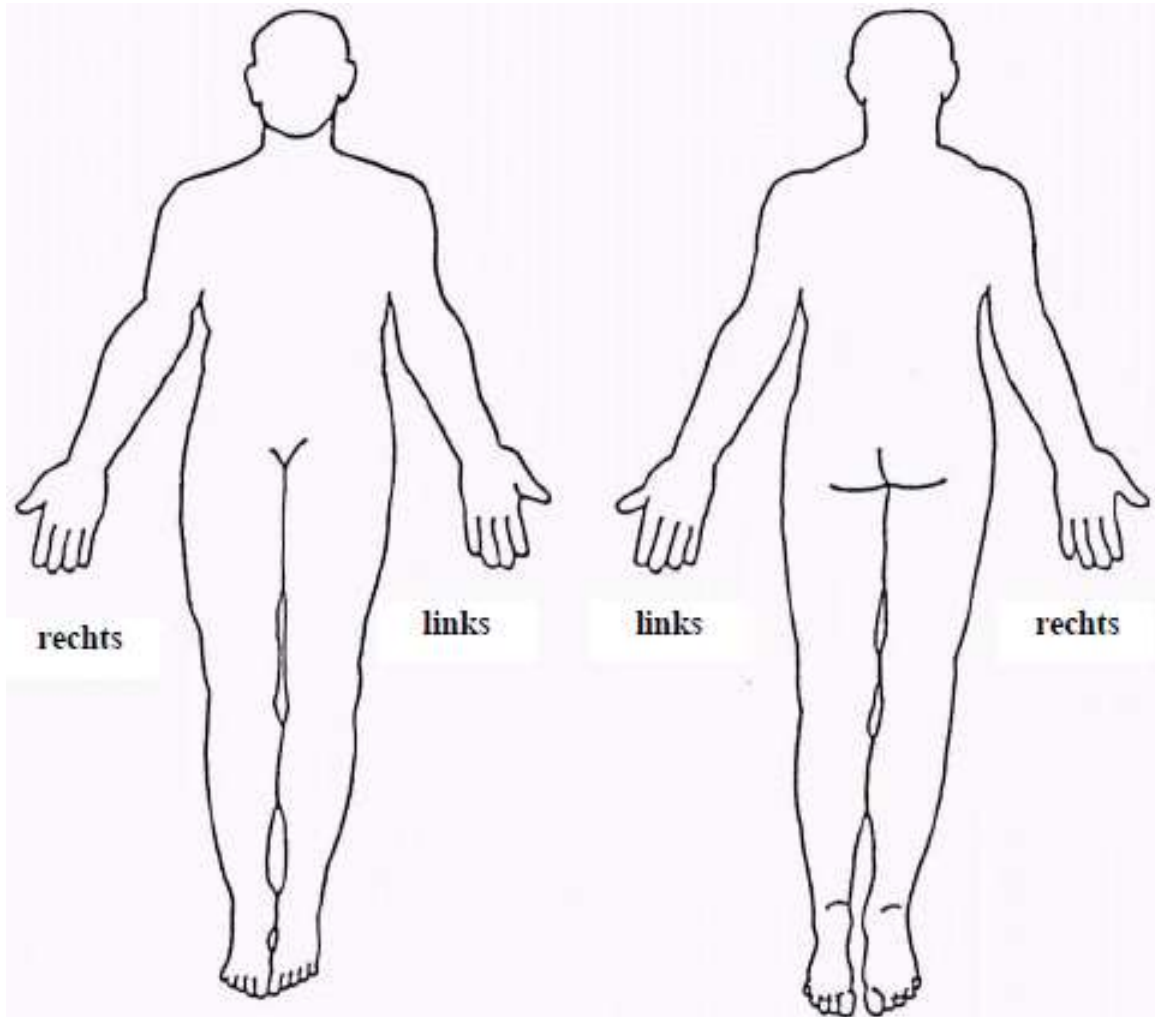
Markieren Sie bitte in der folgenden Zeichnung **umrandet und schraffiert**, wo sie **die aktuellen Schmerzen** haben.



**Taubheit** markieren Sie bitte **nur umrandet**.

**vorne**

**hinten**



### Schmerzintensität (11 Punkte NRS)

Bitte tragen Sie die aktuellen Schmerzintensitäten der Regionen I-III mit I, II, III in die Tabelle ein.

keinerlei  
Schmerz

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

stärkster Schmerz, den  
ich mir vorstellen kann

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Patientenangaben

**Beschwerden im Bereich des Kopfes:**

- |                                                   |                                                   |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schwellungen             | <input type="checkbox"/> Haare                    |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen            | <input type="checkbox"/> Augen                    |
| <input type="checkbox"/> Schwindel                | <input type="checkbox"/> Nase /Nasen-,Stirnhöhlen |
| <input type="checkbox"/> Tinnitus /Ohrengeräusche | <input type="checkbox"/> Mund                     |
| <input type="checkbox"/> Taubheit                 | <input type="checkbox"/> Rachen Tonsillitis       |

Kurze Beschreibung: \_\_\_\_\_

**Beschwerden im Bereich der Arme / Hände:**

- |                                     |                                                 |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schwellung | <input type="checkbox"/> Kraftverlust           |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen  | <input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkung |
| <input type="checkbox"/> Taubheit   | <input type="checkbox"/> Sonstiges              |

Kurze Beschreibung: \_\_\_\_\_

**Beschwerden im Bereich der Beine / Füße:**

- |                                     |                                                 |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schwellung | <input type="checkbox"/> Kraftverlust           |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen  | <input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkung |
| <input type="checkbox"/> Taubheit   | <input type="checkbox"/> Sonstiges              |

Kurze Beschreibung: \_\_\_\_\_

**Beschwerden im Bereich des Brustkorbs:**

- |                                    |                                     |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schmerzen | <input type="checkbox"/> Engegefühl |
| <input type="checkbox"/> Atemnot   | <input type="checkbox"/> Sonstiges  |

Kurze Beschreibung: \_\_\_\_\_

**Beschwerden im Bereich des Oberbauches:**

- |                                      |                                      |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schmerzen   | <input type="checkbox"/> Völlegefühl |
| <input type="checkbox"/> Druckgefühl | <input type="checkbox"/> Sonstiges   |

Kurze Beschreibung: \_\_\_\_\_

**Beschwerden im Bereich des Unterbauches/Unterleibes:**

- |                                      |                                      |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schmerzen   | <input type="checkbox"/> Völlegefühl |
| <input type="checkbox"/> Druckgefühl | <input type="checkbox"/> Sonstiges   |

Kurze Beschreibung: \_\_\_\_\_