

Vorname	Nachname	
Strasse	PLZ	Ort

Um Sie gründlich und gezielt untersuchen zu können, benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Falls eine Frage unklar ist, lassen Sie sie einfach aus. Alle Angaben sind freiwillig. Wir schauen sie uns später gemeinsam an. Vielen Dank!

Hobbys		Beruf	
Allergien:			
Sind Sie allergisch gegen Medikamente?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wenn ja, welche?			
Reagieren Sie empfindlich auf Latex?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Andere Allergien, die für die Behandlung wichtig sein könnten?			
Sind sie bei einer der folgenden Berufsgruppen in Behandlung?			
Hausarzt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Psychiater / Psychologe	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Osteopath	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Chiropraktiker	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zahnarzt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Andere	
Datum der letzten Untersuchung:			
Wurde bei Ihnen jemals eine der folgenden Erkrankungen diagnostiziert? Bitte ankreuzen.			
Krebs	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welcher Art?	
Herzprobleme	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welcher Art?	
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Kreislaufprobleme	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Thrombosen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Asthma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Magengeschwüre	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welcher Art?	
Hepatitis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten, anderen Substanzen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Schilddrüsenprobleme	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Rheumatoide Arthritis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Andere entzündliche Gelenkerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Osteoporose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Depression	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Andere			
Bitte kreuzen Sie aktuelle Beschwerden an, die für Sie neu, ungewöhnlich oder atypisch sind:			
Gewichtsveränderung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Gelenk-, Muskelschwellung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Übelkeit, Erbrechen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Unerklärliche Hämatome (blaue Flecken)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schwindel	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Starke Blutung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Atemnot	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schwächegefühl	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Regelmässiges Husten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Fieber, Schüttelfrost, Schwitzen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Arm-, Beinschwellung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zittern	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Anfallsleiden, Epilepsie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Sodbrennen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Doppelbilder sehen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Verstopfung, Durchfall	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Verlust der Sehschärfe	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Blut im Stuhl	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Gerötete Augen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Klimakterium, Wechseljahre	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hautauschlag	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Probleme beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Urininkontinenz	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Störungen in der Sexualfunktion	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Blut im Urin	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Nächtliches Schwitzen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	(mögliche) Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hörstörungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Stress bei der Arbeit oder zu Hause	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Bitte nennen Sie alle bei Ihnen durchgeführten Operationen und jeden Krankenhausaufenthalt mit Grund und ungefährem Datum:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

Bitte nennen Sie alle ernsthaften Verletzungen, für die Sie behandelt werden mussten (zum Beispiel Knochenbrüche, Bandverletzungen und das ungefähre Datum der Verletzung:

Datum	Verletzung

Welche der folgenden Medikamente haben Sie in der vergangenen Woche eingenommen?

Aspirin	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Vitamine, Mineralien (Nahrungsergänzungen)	<input type="checkbox"/> Verordnet <input type="checkbox"/> Nicht verordnet
Paracetamol	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Pflanzliche Mittel	<input type="checkbox"/> Verordnet <input type="checkbox"/> Nicht verordnet
Ibuprofen, Diclofenac etc.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Andere, nicht verordnete Mittel:	
Medikamente gegen Magengeschwüre	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

Bitte listen Sie die Medikamente auf, die Sie auf Verordnung Ihres Arztes derzeit einnehmen (Tabletten, Injektionen, Medikamentenpflaster etc.):

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

Genussmittel

Wie viel Kaffee oder andere koffeinhaltige Getränke konsumieren Sie pro Tag?	
Wie viele Zigaretten rauchen Sie pro Tag? _____ Seit wie vielen Jahren?	
Wann haben Sie mit dem Rauchen aufgehört?	
An wie vielen Tagen pro Woche trinken Sie Alkohol?	
Wie viele Gläser Bier, Wein oder Ähnliches trinken Sie an diesen Tagen?	

Unsere Datenschutzerklärung ist bei uns einsehbar und wird auf Wunsch ausgehändigt.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Patientin/Patienten
