

Gesundheitsfragebogen



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 die für die Behandlung wichtig sein können?

--

Sind sie bei einer der folgenden Berufsgruppen in Behandlung? Wenn ja, bitte nennen Sie den Grund

Arzt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Osteopath	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Zahnarzt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Chiropraktiker	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Psychiater / Psychologe	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Andere	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Datum der letzten Behandlung:

Wurde bei Ihnen jemals eine der folgenden Erkrankungen diagnostiziert? Bitte ankreuzen. Wenn ja, welche?

Krebs	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Herzprobleme	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
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	
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:

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

Gesundheitsfragebogen



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	Verstopfung, Durchfall	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Doppelbilder sehen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Blut im Stuhl	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Verlust der Sehschärfe	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	(mögliche) Schwangerschaft	<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	Stress bei der Arbeit oder zu Hause	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hörstörungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Andere:	

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

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.

Bitte nennen Sie alle anderen ernsthaften Verletzungen, die behandelt werden mussten z. B. Bandverletzungen, Rippenbrüche, Bandscheibenverletzungen etc... mit ungefährem Datum:

Datum	Verletzung

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

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

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

Ort, Datum

Unterschrift des/der Patientin/Patienten
