

Dieser Befundbogen dient zur Erhebung Ihres allgemeinen Gesundheitszustandes, um eine ganzheitliche Behandlung zu gewährleisten. Demzufolge bitten wir Sie die folgenden Seiten auszufüllen.

Allgemeine Informationen

Name Vorname Geburtsdatum

Adresse PLZ, Ort Telefonnummer

Beruf: Arbeitsstunden pro Woche:

sitzend stehend schwer hebend einseitige Haltung

Hobbies: Stunden pro Woche:

Wie ist Ihre Wohnsituation?

barrierefrei Treppen alleinlebend

Nutzen Sie Hilfsmittel im Alltag?

Ja Nein

Falls ja, welche?

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Wie schätzen Sie Ihren Durchschnitt im Konsum folgender Güter ein?

Wasser: < als 1L ca. 1L 1-2L > 2L

Alkohol: 1x wöchentlich öfter gelegentlich nie

Nikotin: gelegentlich täglich > 10 Zigaretten nie

Fertigprodukte: 1x Woche 2-3x Woche Jeden Tag nie

Schlafverhalten

Haben Sie Schlafstörungen?

Ja Nein

Falls ja, welche? _____

Haben Sie Hilfsmittel zum Schlafen?

Ja Nein

Falls ja, welche? _____

Haben Sie Atemaussetzer?

Ja Nein

Frauengesundheit

Sind Sie schwanger?

Ja Nein

Falls ja, in welcher SSW? _____

Wie viele Schwangerschaften hatten Sie bisher? _____

Haben Sie hormonelle Beschwerden? (z.B. Zyklusstörungen, Menopause, Endometriose, ...)

Ja Nein

Falls ja, welche? _____

Physische / körperliche Beschwerden

Hauptbeschwerden

Was sind Ihre Hauptbeschwerden?

Wann treten die Symptome auf?

konstant morgens schlimmer besser mit Bewegung
 wiederkehrend abends schlimmer schlechter mit Bewertung
 gelegentlich nachts in Ruhe

Was provoziert die Symptome?

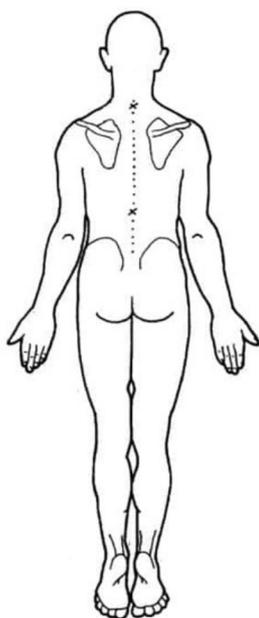
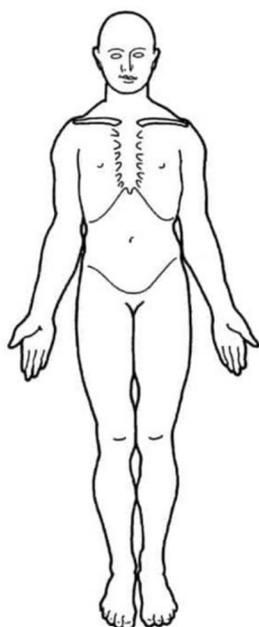
Was lindert die Symptome?

Seit wann sind die Symptome vorhanden? Gab es einen Auslöser?

Welche bisherigen Therapien / Diagnostiken gab es bereits?

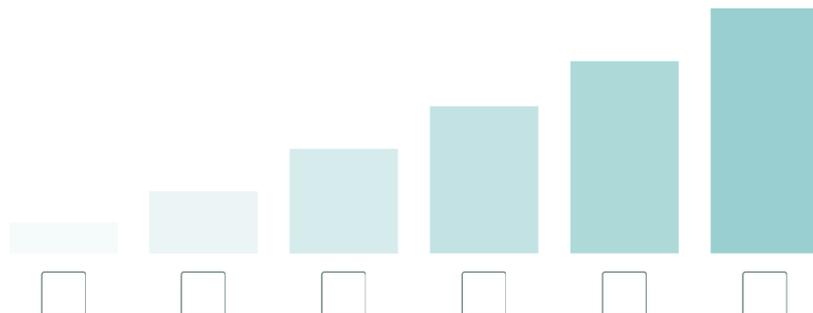
Wurden Sie bereits operiert? Wenn ja, in welchem Bereich?

Zeichnen Sie bitte Ihre Beschwerden ein:



- Taubheit
- Stechen
- Rötung
- Kribbeln
- Ziehen
- Schwellung
- Brennen
- Pulsieren
- Druckempfindlichkeit

Wie würden Sie die Intensität Ihrer Beschwerden bewerten? (Kreuzen Sie an)



Nebenbeschwerden:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Beschwerden | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Sehstörungen |
| <input type="checkbox"/> Unverträglichkeiten | <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Sprachstörungen |
| <input type="checkbox"/> Kloßgefühl | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Hörstörungen |
| <input type="checkbox"/> Sodbrennen | <input type="checkbox"/> Kieferproblematiken | <input type="checkbox"/> Beckenbodenproblematik |
| <input type="checkbox"/> Cholesterinbeschwerden | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Hormonelle Beschwerden |
| <input type="checkbox"/> Diabetes I | <input type="checkbox"/> Atembeschwerden | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Diabetes II | <input type="checkbox"/> Blutdruckprobleme | <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> plötzliche Gewichtszunahme-/
-abnahme | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion-/
-unterfunktion | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen |
| | | <input type="checkbox"/> Hashimoto |

Weitere:

Psychische / mentale / emotionale Beschwerden

Wie ist Ihre aktuelle Zufriedenheit? (Auch unabhängig von den Beschwerden)

sehr unzufrieden  sehr zufrieden

Psychische Vorerkrankungen: _____

Stresssituationen im :

Beruf Alltag Keine

Falls ja, welche? _____

Wenn ja:

Dauerhaft Gelegentlich

Haben Sie Maßnahmen, die gegen Stress helfen? Wenn ja, welche?

Haben / hatten Sie (noch laufende) psychologische Therapien?

Ziele / Erwartungen an die Therapie:

Vielen Dank! 

Bei Patienten mit neurologischem Schwerpunkt sollte der Fragebogen mit Angehörigen ausgefüllt werden.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

(Ort, Datum, Unterschrift)