

Nehmen sie regelmäßig Medikamente ein:

Nein / Ja wenn ja welche?

Fragen im Detail:

Beschwerden in der Bronchien und in der Lunge:

nein / Ja

Häufige Bronchitis ; Lungenentzündung ; Asthma ; Allergische Atembeschwerden ; Atemnot ;

Beschwerden im Herz-Kreislauf-bereich: nein / Ja

Bluthochdruck ; Zu niedriger Blutdruck ; Beklemmungen ; Spürbare Herzschläge ; Herzinfarkt ; OP ; Krampfadern ; Gestauter Beine ; Thrombosen ; Embolien ; Durchblutungsstörungen ;

Beschwerden im Verdauungsapparat:

nein / Ja

Blähungen, Völlegefühl, Krämpfe ; Verstopfung ; Durchfall ; Blut im Stuhl ; Sodbrennen ; Nahrungsmittelallergie ; Nahrungsmittel Unverträglichkeit ;

Beschwerden im urologischen:

nein / Ja

Regelmäßige Blasenentzündungen ; Nierensteine ; Reizblase ; Prostata Beschwerden ; Ständiger Harndrang ; Ungewöhnliche Harnabgang Probleme beim Wasserlassen ;

Beschwerden in gynäkologischen Bereich:

nein / Ja

Schmerzen vor, während der Regel ; Beschwerden während des Eisprungs ; OP's ; Haben/Hatten Sie Probleme während der Schwangerschaft ; Wie viele Geburten hatten Sie? _____ Hatten Sie Fehlgeburten ;

Noch ein paar wichtige Fragen im:

Leiden sie:

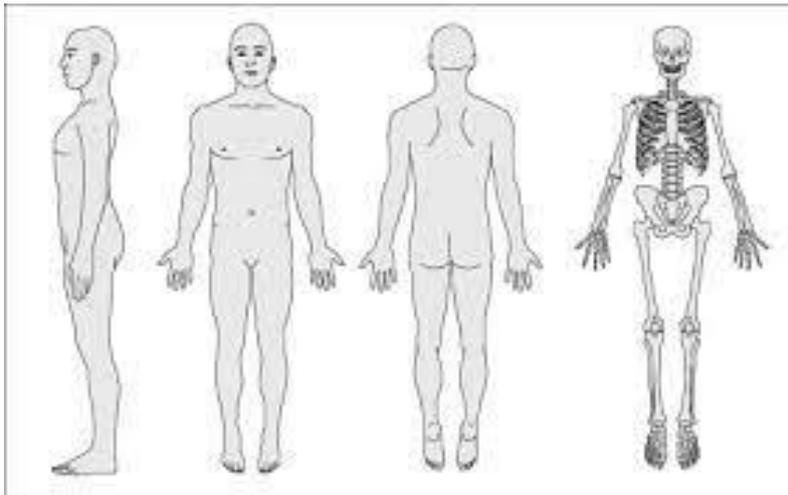
Schlafproblemen ; Müdigkeit ; Ruhelosigkeit ; Schwitzen in der Nacht ; Ungewollten Gewichtsverlust ; Immer wieder leichten erhöhter Temperatur ; Geschwollenen oder schmerzhaften Lymphknoten ;

Wurden sie bereits operiert? Bitte Operation und ungefähre Zeiteingabe nein /Ja

Jetzige Beschwerden

Welche Beschwerden haben sie zu mir geführt? Bitte beschreiben Sie.

Kennzeichnen Sie bitte die Regionen ihrer Beschwerden:



Wann haben die Beschwerden begonnen? Gab es ein Auslöser?

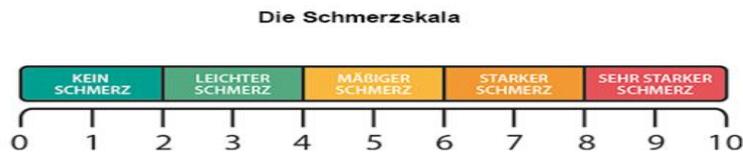
Schmerzverlauf- Mein Schmerz... (bitte ankreuzen)

hat seit dem ersten Auftreten zugenommen ; hat abgenommen ; ist gleich geblieben ;
ist konstant ; ist nur teilweise spürbar ; momentan nicht vorhanden ; ich weiß aber,
dass er immer wieder auftreten kann

Wie fühlt sich der Schmerzen an?

Stechend ; Dumpf ; Pochend ; Krampfend ; Ziehend ; Brennend ; mit Kribbeln

Wo auf einer, die von '0' für völlige Schmerzfreiheit bis '10' für den schlimmsten vorstellbaren Schmerz reicht, würden Sie ihre Schmerzen eintragen?



Welche Faktoren haben Einfluss auf die Beschwerden?

Schlecht bei:

Bei Bewegung ; im Sitzen ; im Liegen ; im Stehen ; in der Nacht ; Am Morgen ; wird im Laufe des Tages besser ; Bei Ärger/Stress

Besser bei:

Bei Bewegung ; im Stehen ; im Liegen ; im Sitzen ; in der Nacht ; Am Morgen ; Bei Ablenkung, wenn ja, welche _____

Welche Beschwerden haben sie außer Schmerz (z.B Ameisenlaufen, Taubheitsgefühle, funktioniert etwas nicht richtig, Schwindel, Koordinationsstörungen)

Hatten sie Voruntersuchungen, wie Facharztbesuche: Nein / Ja
(z.B neurologische, internistisch, urologisch, orthopädisch, gynäkologisch...), Röntgen, Kernspintomographie o.ä.?

Wenn ja, welche Ergebnisse gab es?

Hatten Sie Vorbehandlungen (Injektionen, Operationen, Physiotherapie, Einrenken, Kur ..)?

Wenn ja, welche:

Leiten sie unter seelischen Belastungen (z.B Stress, Konflikte, Trauer)? Nein / Ja