

## Aufnahmebogen

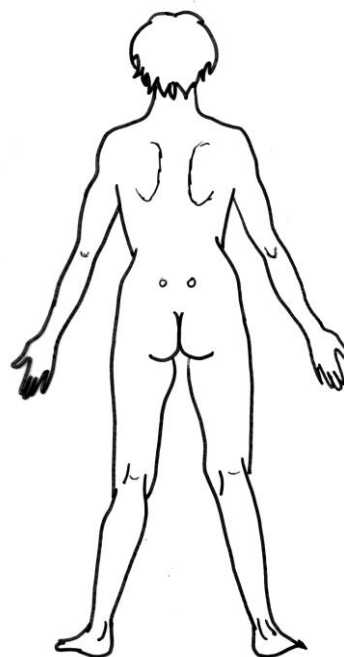
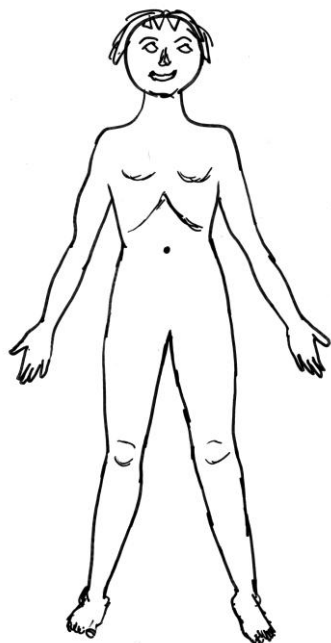
Name: ..... Vorname: ..... geb.: .....

Gewicht: ..... Größe: ..... Blutdruck: ..... Puls: .....

**Was sind Ihre jetzigen Beschwerden, seit wann haben Sie diese und wie war der bisherige Verlauf (Behandlung oder Untersuchungen durch andere Ärzte) ?**

## Zur Erfassung von Beschwerden am Bewegungsapparat

Bitte zeichnen Sie in die Figuren Schmerzlokalisierung(en) und Schmerzverlauf oder –ausstrahlung ein!



Werden Ihre Schmerzen durch folgende Faktoren beeinflusst?

Modalität	kein Einfluss	besser	schlechter
Bewegung			
Ruhe			
Liegen			
Sitzen			
Stehen			
Gehen			
Kälte			
Wärme			
Nässe			
Wind			
Druck/darauf liegen			
Berührung			
morgens			
mittags			
nachmittags			
abends			
nachts			
vor dem Essen			
während des Essens			
nach dem Essen (2-4 Std)			

**Bestehen bei Ihnen Unverträglichkeiten oder Allergien gegen Medikamente, Nahrungsmittel, Tiere, Blütenpollen o.ä. (wenn ja, gegen welche)?**

**Wurde bei Ihnen schon einmal eine der nachfolgenden Erkrankungen festgestellt?**

	ja	nein		ja	nein	
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krebsleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Organ:</b>
Schilddrüsenüber-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- unterfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzrhythmus-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzkranzgefäß-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
störungen			erkrankung			
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	andere Herzkrankheit:			
erhöhte Blutfette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Magenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Darmerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gallensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leberschaden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hepatitis/Gelbsucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
chron. Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	andere Lungenerkr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
andere Nierenerkr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nierensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blasenleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prostataleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
gynäkol. Erkr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geschlechtskrankh.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>welche:</b>
Krampfadern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thrombose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lungenembolie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bandscheibenleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	andere Gelenkerkr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Neuromdermitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

**sonstige:**

**Sind Angehörige Ihrer Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister) an einer oder mehrerer der oben aufgeführten Leiden erkrankt (gewesen) oder gestorben (wenn ja, wer an welchen Erkrankungen):**

**Hatten Sie Unfälle/Verletzungen von denen bis heute noch eine Beeinträchtigung besteht (Unfalljahr, was war verletzt, welche Beschwerden bestehen noch)**

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

Sind Sie schon einmal operiert worden (Jahr der Operation, was wurde operiert, Grund) z.B. Mandeln, Blinddarm, Leistenbruch, Kaiserschnitt, Knochenbrüche etc.

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

Welche Kinderkrankheiten haben Sie gehabt (Windpocken, Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Scharlach)?

Sind Sie gegen folgende Erkrankungen geimpft, wann war die letzte Auffrischung?

	ja	nein	letzte Auffrischimpfung am
Wundstarrkrampf/Tetanus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diphtherie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Polio/Kinderlähmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Masern/Mumps/Röteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hämophilus (HIB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hepatitis A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Grippe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pneumokokken (Lungenentzündung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
FSME (Zecken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tollwut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

andere (z.B. Reiseimpfungen):

Zähne:

	ja	nein	
Haben Sie Zahnfüllungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, welches Füllmaterial:
Haben Sie wurzelbehandelte Zähne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie tote Zähne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wurden Weisheitszähne gezogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche:
Sind Weisheitszähne nicht erschienen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche:
Leiden Sie unter Zahnfleischbluten oder Zahnfleischschwund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Knirschen Sie nachts mit den Zähnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie Schmerzen in den Kiefergelenken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seite:
Haben Sie schmerzende Zähne oder Zahnfleischstellen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche:
Wann war der letzte Zahnarztbesuch:			

**Leiden Sie unter folgenden Störungen?**

	<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>wie oft pro Tag/Woche/Monat/Jahr/ ständig</b>
Kopfschmerzen/Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Entzündungen der Nasennebenhöhlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Entzündungen der Mandeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Entzündungen der Ohren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Heuschnupfen/Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Müdigkeit/Abgeschlagenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
schlechter Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schwitzen in der Nacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
nicht erholt am Morgen nach Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
vermehrtes Schwitzen tagsüber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
häufiges Frieren tagsüber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
starke Wetterfühligkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gewichtszunahme oder -verlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>wie viel kg in welchem Zeitraum:</b>
Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Heißhungerattacken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Unverträglichkeit von Speisen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>welche:</b>
starkes Verlangen nach Speisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>welche:</b>
vermehrt Blähungen/Aufstoßen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sodbrennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
vermehrter Windabgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Übelkeit oder Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stuhlgang täglich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>wie häufig:</b>
Stuhlbeschaffenheit (hart, weich, Durchfall, Schleim, Blutbeimengungen):			
Stuhlfarbe:			
Brennen/Jucken im Analbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pilzbefall der Haut (Leiste, Zehen etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
häufiges Wasserlassen tagsüber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wasserlassen nachts?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>wie oft:</b>
Brennen/Schmerzen beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Jucken oder Ausschläge der Haut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
viel Stress beruflich oder familiär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
viel Kummer/Sorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
vermehrte Ängste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>wogegen:</b>
Nikotingenuss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>was und wie viel pro Tag:</b>
Alkoholgenuss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>was und wie viel pro Tag:</b>
schwarzer Kaffee/schwarzer Tee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>wie viele Tassen pro Tag:</b>
Trinkmenge nicht alkoholischer Getränke pro Tag:			
regelmäßiges Sporttreiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Sportarten:</b>
<b>für Frauen:</b>			
Periodenblutung regelmäßig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Zyklusdauer:</b>
Periodenblutung normal/stark/schwach, Dauer der Periodenblutung in Tagen:			
Ausfluss aus Scheide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<b>Anzahl der Kinder (wie alt):</b>
Schwangerschaftsabbrüche/Fehlgeburt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>wie viele:</b>

**Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein (Name und Menge pro Tag)?  
(für Frauen: auch Pille bitte angeben)**

**morgens      mittags      abends      nachts**

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....
7. ....
8. ....