

# Patientenangaben

Dieser Patientenbogen dient zur allgemeinen Erfassung der IST-Situation und soll vom Patienten gerne vorab ausgefüllt mitgebracht oder gesendet werden. Die Angaben sollten weder beschönigt oder sonst verfälscht werden.

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_ **Geburtsdatum** \_\_\_\_\_

**Straße, Hausnummer:** \_\_\_\_\_

**Postleitzahl, Wohnort:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

Krankenversicherung:  Private KV,  Beihilfe,  Zusatzversicherung,

Selbstzahler/in:  Welche Versicherung: \_\_\_\_\_

---

## Familiäre Situation:

**Familienstand:** \_\_\_\_\_ Anzahl der Kinder/Alter: \_\_\_\_\_

Zu pflegende Menschen: \_\_\_\_\_, Zeitaufwand: \_\_\_\_\_

**Körperliche Belastung:**  Ja, welche \_\_\_\_\_  
 Nein

**Emotionale-, psychische Belastung, Stress:**  Ja, welche \_\_\_\_\_  
 Nein

## Berufliche Situation:

**Beruf:** \_\_\_\_\_ Wochenarbeitszeit: \_\_\_\_\_ Schicht: \_\_\_\_\_

**Körperliche Belastung:**  Ja, welche \_\_\_\_\_  
Nein

**Emotionale-, psychische Belastung, Stress:**  Ja  
Nein

## Freizeit Situation:

TV- Stunden / Tag \_\_\_\_\_, PC- Std. pro Tag \_\_\_\_\_, Smartphone- Stunden / Tag \_\_\_\_\_  
Stunden / Woche \_\_\_\_\_

Freizeitaktivitäten:

Stunden / Woche \_\_\_\_\_

Stunden / Woche \_\_\_\_\_

Stunden / Woche \_\_\_\_\_

## Patientenangaben

**Größe:** \_\_\_\_\_, **Gewicht:** \_\_\_\_\_, **Puls** (wenn bekannt): \_\_\_\_\_,

**Blutdruck** (wenn bekannt): \_\_\_\_\_,

**Kreislaufbeschwerden:**     ja     nein    Wenn Ja, wann? \_\_\_\_\_

**Cholesterin:** \_\_\_\_\_

**Osteoporose/  
Knochendichte:** \_\_\_\_\_

### Grund der Konsultation:

---

---

---

---

---

### Familiäre Erkrankungen:

Mutter: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Vater: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Geschwister: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Großeltern: \_\_\_\_\_

Besonderheiten meiner Geburt(z.B. Steißlage, Kaiserschnitt, etc.): \_\_\_\_\_

Durchgemachte Kinderkrankheiten:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Weitere Krankheiten in der Vergangenheit: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Patientenangaben

Zur Zeit **bestehende Erkrankungen** Seit wann diese Medikament nehmen ich dafür (z. B. Herz, Lunge, Diabetes, etc.) bestehend ein?

<i>Erkrankung</i>	<i>Seit wann</i>	<i>Medikament</i>

**Allergien:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Hauterkrankungen:** \_\_\_\_\_

### Operationen:

Welche Restbeschwerden bestehen noch? (z.B. Herz, Bandscheibe, etc.) Operation Welche Beschwerden traten danach auf?

<i>Datum</i>	<i>Operation</i>	<i>Restbeschwerden</i>

**Amalgam Entfernung:**  ja   nein

Wenn Ja, wurde eine **Ausleitung** durchgeführt?

ja  nein

Ich neige zu **Entzündungen**:  ja  nein

Wo? \_\_\_\_\_

## Patientenangaben

**Belastungen** durch Rauch, Staub, Qualm, Abgase, Lösungsmittel, Chemikalien im Alltag: (z.B. durch Freizeit oder Beruf, auch in der Vergangenheit)

Welche? \_\_\_\_\_, wie häufig? \_\_\_\_\_

Ich verwende folgende **Kosmetika, Deo, Pflegeprodukte**:

---

---

**Hormonpräparate:**  ja  nein Wenn Ja, welche? \_\_\_\_\_

---

---

---

### Schlaf:

Ich schlafe ca. \_\_\_\_\_ Stunden/Nacht ca. \_\_\_\_\_ Stunden tagsüber

Nach dem Schlaf bin ich:

Erholt

Nicht erholt, ich fühle mich: \_\_\_\_\_

**Einschlafprobleme** auf Grund:

Ungeordnete Gedanken ziehen durch

Konkretes nachdenken über eine Sache

Andere Gründe: \_\_\_\_\_

**Durchschlafprobleme** auf Grund

von: \_\_\_\_\_

**Konzentrationsprobleme:**  ja

nein

Ich beurteile meine **körperliche Leistungsfähigkeit** als:

gut  beeinträchtigt

Kurze

Beschreibung: \_\_\_\_\_

Hilfsmittel:

\_\_\_\_\_  
(Einlagen, Korsett, Bandagen, Brille, Hörgerät, Stock, etc.)

## Patientenangaben

**Rauchen:**  ja  nein Wenn Ja, was, wie viel? \_\_\_\_\_

**Alkohol:**  ja  nein Wenn Ja, was, wie viel? \_\_\_\_\_

Drogenkonsum:

Früher:  ja  O  nein wenn Ja, was, wie viel? \_\_\_\_\_

Heute:  ja  O nein wenn Ja, was, wie viel? \_\_\_\_\_

### Essen:

Ich habe ein **Hungergefühl** wenn ich esse:  ja  O nein

Ich esse \_\_\_\_\_ **Hauptmahlzeiten**/Tag Uhrzeiten: \_\_\_\_\_

Ich esse \_\_\_\_\_ **Zwischenmahlzeiten**/Tag Uhrzeiten: \_\_\_\_\_

Mischkost viel Fleisch:  ja  O nein

Vegetarisch viel Obst/Gemüse:  ja  O nein

Vegan viel Brot:  ja  O nein

spez. Diät:  ja  O nein Wenn Ja, welche? \_\_\_\_\_

Süßigkeiten:

wenn Ja, was, wie viel?

---

---

### Trinken:

Durstgefühl:  ja  O nein

Gesamt: \_\_\_\_\_ L/Tag, Kaffee: \_\_\_\_\_ L/Tag, zuckerhaltige Getränke: \_\_\_\_\_ L/Tag,

Wasser: \_\_\_\_\_ L/Tag, Alkohol: \_\_\_\_\_ L/Tag, wenn Ja, welchen \_\_\_\_\_

### Nahrungsergänzungsmittel:

ja  O nein wenn Ja, welche? \_\_\_\_\_

---

## Patientenangaben

### Urinverhalten:

Farbe des Urins: \_\_\_\_\_ Blut im Urin:  ja  nein

Brennen beim Wasserlassen:  ja  nein

Wasserlassen: am Tag ca. \_\_\_\_\_ mal, in der Nacht ca. \_\_\_\_\_ mal

### Stuhlverhalten:

Stuhlgang: \_\_\_\_\_ mal täglich Blut im/am Stuhl:  ja,  nein

häufig Verstopfung:  ja  nein

Wenn ja, wann/wodurch \_\_\_\_\_

Schmerzen beim Stuhlgang:  ja  nein

### Konsistenz:

fast flüssig  weich  fest  hart  
 voluminös  wenig  in „Kötteln“  bleistiftartig

Geruch:  unauffällig  sauer  übel riechend

Farbe: \_\_\_\_\_

### Blähungen:

ja  nein  
 geruchlos  beißend

bei: \_\_\_\_\_

### Schwitzen:

Kalter Schweiß  warmer Schweiß  
 geruchlos  beißend

Wann: \_\_\_\_\_

## Patientenangaben

### Psychische Belastungen:

Bitte tragen Sie traumatische Erlebnisse, Schicksalsschläge und emotional / psychisch belastende Ereignisse mit Jahreszahl chronologisch in den Zeitstrahl ein. Kreisen Sie diejenigen ein, die Ihnen bewusst auch heute noch zu schaffen machen.

|-----|  
Geburt Heute

Ereignisse und Situationen die Unbehagen oder Stress verursachen: (auch Abneigungen, Phobien, etc.)

---

---

So reagiere ich auf Stress:

---

---

Psychopharmaka: ja  nein  Wenn Ja, welche?

Folgendes trifft auf mich zu:

Allgemeine Symptome  ja  nein

1. Nachtschweiß:  ja  nein

2. Länger bestehendes unerklärtes Fieber:  ja  nein

3. Erhöhte Blutsenkung:  ja  nein

4. Aktueller unerklärbarer Gewichtsverlust (mehr als 5 KG im Monat):  ja  nein

5. Kortison oder kortikosteroide Medikamente über längere Zeit genommen:  ja  nein

6. Konstanter Schmerz, der sich nicht verändert durch Ruhe  ja  nein oder durch  
Positionsveränderung:  ja  nein

7. Krebs in der Vorgeschichte:  ja  nein wenn ja, Lokalisation: \_\_\_\_\_

8. HIV  ja  nein,

Imunsupression durch Medikamente  ja  nein

9. Infektion zur Zeit oder vor kurzem:  ja  nein

10. Allgemeines Unwohlsein:  ja  nein

11. Nächtliche Schmerzen:  ja  nein

12. Gefühlsverlust, Kraftverlust:  ja  nein

13. Zeckenbiss:  ja  nein

14. Tropenaufenthalt:  ja  nein

## Patientenangaben

### Schmerzangaben

*Bitte geben Sie zuerst die vorrangigen, am meisten belastenden Schmerzen an und die am wenigsten belastenden Schmerzen als letztes.*

#### Aktuelle Schmerzen, Region I:

Wo? \_\_\_\_\_ + zusätzliche Schmerzzeichnung nächste Seite  
Seit wann? \_\_\_\_\_

Wodurch ausgelöst? \_\_\_\_\_

Wann oder wobei treten sie auf? \_\_\_\_\_

Wann oder wodurch können Sie sie lindern? \_\_\_\_\_

#### Aktuelle Schmerzen, Region II:

Wo? \_\_\_\_\_ + zusätzliche Schmerzzeichnung nächste Seite  
Seit wann? \_\_\_\_\_

Wodurch ausgelöst? \_\_\_\_\_

Wann oder wobei treten sie auf? \_\_\_\_\_

Wann oder wodurch können Sie sie lindern? \_\_\_\_\_

#### Aktuelle Schmerzen, Region III:

Wo? \_\_\_\_\_

Seit wann? \_\_\_\_\_

Wodurch ausgelöst? \_\_\_\_\_

Wann oder wobei treten sie auf? \_\_\_\_\_

Wann oder wodurch können Sie sie lindern? \_\_\_\_\_

(Sollten Sie aktuell in weiteren Regionen Schmerzen haben, so führen Sie diese bitte zusätzlich auf.)





## Patientenangaben

### Beschwerden im Bereich des Kopfes:

- Schwellungen       Haare
- Kopfschmerzen     Augen
- Schwindel     Nase /Nasen-,Stirnhöhlen
- Tinnitus /Ohrengeräusche     Mund
- Taubheit       Rachen Tonsillitis

Kurze

Beschreibung: \_\_\_\_\_

### Beschwerden im Bereich der Arme / Hände:

- Schwellung     Kraftverlust
- Schmerzen     Bewegungseinschränkung
- Taubheit       Sonstiges

Kurze

Beschreibung: \_\_\_\_\_

### Beschwerden im Bereich der Beine / Füße:

- Schwellung     Kraftverlust
- Schmerzen     Bewegungseinschränkung
- Taubheit       Sonstiges

Kurze

Beschreibung: \_\_\_\_\_

### Beschwerden im Bereich des Brustkorbs:

- Schmerzen     Engegefühl
- Atemnot       Sonstiges

Kurze

Beschreibung: \_\_\_\_\_

### Beschwerden im Bereich des Oberbauches:

- Schmerzen     Völlegefühl
- Druckgefühl     Sonstiges

Kurze

Beschreibung: \_\_\_\_\_

### Beschwerden im Bereich des Unterbauches/Unterleibes:

- Schmerzen     Völlegefühl
- Druckgefühl     Sonstiges

Kurze

Beschreibung: \_\_\_\_\_