

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? _____

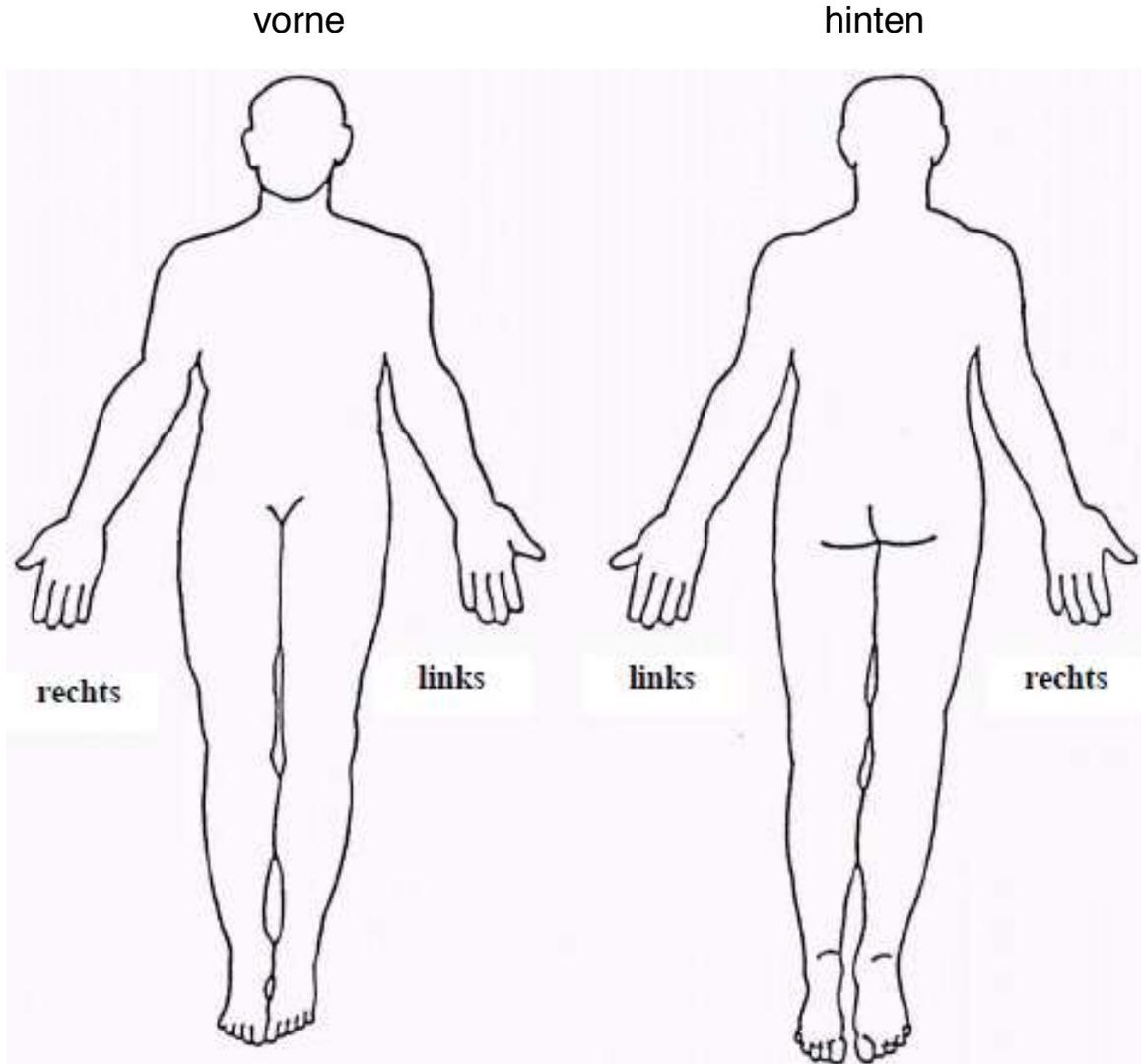
Wann oder wodurch können Sie sie lindern? _____

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

Patientenangaben

Schmerzzeichnung

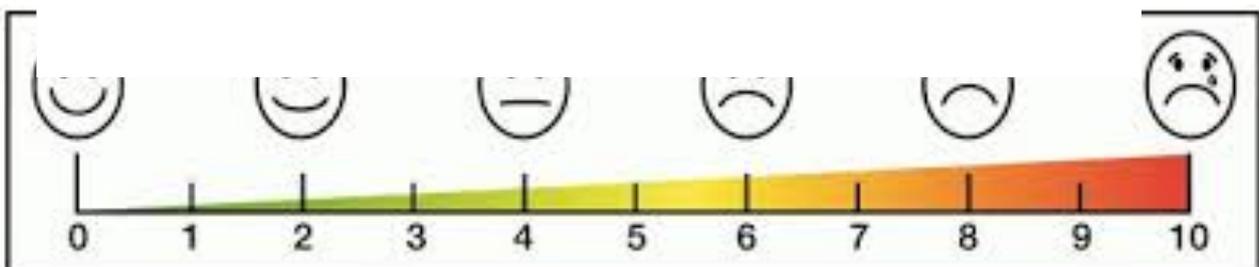
Markieren Sie bitte in der folgenden Zeichnung umrandet und schraffiert, wo sie die aktuellen Schmerzen haben.
Taubheit markieren Sie bitte nur umrandet.



Schmerzintensität

keinerlei
Schmerz

stärkster Schmerz, den
ich mir vorstellen kann



Bührlen M Journal für Klinische Endokrinologie und Stoffwechsel - Austrian Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism 2013; 6 (4): 7-14 ©

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: _____