

Eingangsfragebogen zur Krankheitsgeschichte

Name, Vorname: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte beantworten Sie kurz und klar die nachfolgenden Fragen. Vielen Dank!

Allgemeine Fragen

1. Arbeiten Sie zur Zeit? Tätigkeit? Wenn nicht, was ist Ihr Beruf (auch Hausfrau)?
2. Haben, hatten Sie allgemeine Erkrankungen (z.B. Herz-Kreislauf, Lunge, HNO, Urogenital, Zucker, Schilddrüse...)? Haben Sie Allergien/Unverträglichkeiten?
3. Hatten Sie in Ihrer Kindheit eine schwere Erkrankung, gab es Probleme bei Ihrer Geburt?
4. Für Frauen: haben Sie Kinder geboren? Wie viele? Gab es Probleme (z.B. Kaiserschnitt, Ischias...)?
5. Hatten Sie einen/mehrere Unfall/fälle (z.B. Sturz auf Gesäß, Umknicken, heftig aufgeschlagen o.ä., Autounfall), wann? Folgen?
6. Hatten sie operative Eingriffe? Wann? Welcher Art?
7. Haben Sie Probleme mit dem Kiefer (knirschen/pressen...)? Wenn ja, tragen oder haben Sie eine Schiene?
8. Nehmen sie regelmäßig Medikamente? Welche?
9. Treiben Sie Sport, wenn ja Welchen?

Jetzige Beschwerden

10. Welche Beschwerden haben Sie zu mir geführt? Wann haben Sie begonnen, gab es einen Auslöser?
11. Haben die Schmerzen/Beschwerden sich geändert, sind sie gewandert?
12. Haben sie Ameisenlaufen, Taubheitsgefühle, funktioniert etwas nicht richtig?
13. Ändern sich die Schmerzen/Beschwerden im Laufe des Tages und in welcher Körperhaltung sind

14. Welche Beschwerden haben Sie in Begleitung der Schmerzen (z.B. Schwindel, Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Antriebsmangel...)?

15. Schmerzqualität: beschreiben Sie kurz Ihre Schmerzen (z.B. scharf, brennend, oberflächlich, krampfartig, wellenförmig, wechselhaft, einschließend, bohrend...)

16. Wo auf einer Schmerzskala, die von „0“ für völlige Schmerzfreiheit bis „10“ für den schlimmsten vorstellbaren Schmerz reicht, würden Sie Ihre Schmerzen eintragen?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

17. Leiden Sie unter seelischen Belastungen (z.B. Stress, Konflikte, Trauer...) Pflegen/Versorgen Sie ein Familienmitglied?

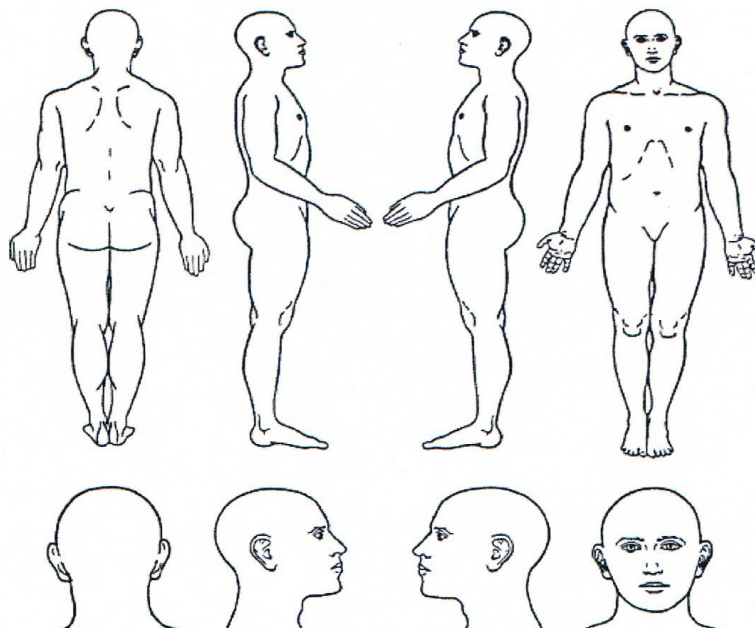
18. Hatten sie Vorbehandlungen (Injektionen, Operationen, Physiotherapie, Einrenken, Kur...)?

19. Hatten Sie Röntgen, Kernspintomographie oder andere Untersuchungen (z.B. neurologisch, internistisch, urologisch, orthopädisch...)?

20. Haben Sie Probleme organischer Art: (z.B. Blasenentzündungen- schwäche, Darmprobleme, Magenschmerzen, Sodbrennen etc....)

21. Gibt es noch wichtiges, was nicht gefragt wurde?

22. Zeichnen Sie bitte hier ein, wo Sie überall Schmerzen haben.



Falls Ihre Schmerzen von einem bestimmten Gebiet her ausstrahlen, kennzeichnen Sie bitte diese