

Fragebogen zur Befundaufnahme für:

Name in DRUCKBUCHSTABEN

Sind Störungen des Stoffwechsels (z. B. Diabetes etc.) oder wichtiger Organe (Kreislauf, Herz, Lungen, Nieren, Leber, Verdauungssystem, Schilddrüse etc.) bekannt?	Ja/Nein	
Wenn ja, welche?		
Besteht eine Systemerkrankung (z.B. Rheuma, Leukämie, MS, Morbus Parkinson..) ?	Ja/Nein	
Wenn ja, welche?		
Besteht eine Bluterkrankung oder erhöhte Blutungsneigung (z. B. blaue Flecke oder Nasenbluten, etc.)?	Ja/Nein	
Bestehen akute/ chronische Infektionskrankheiten(z. B. Tuberkulose, Hepatitis, HIV etc.)?	Ja/Nein	
Wenn ja, welche?		
Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten?	Ja/Nein	
Wenn ja, welche?		
Hatten Sie schon mal eine Thrombose?	Ja/Nein	
Wenn ja, wo und wann?		
Hatten/haben Sie Tumore/Metastasen?	Ja/Nein	
Wenn ja, wo und wann?		
Haben Sie Osteoporose?	Ja/Nein	
Für Frauen:	Leiden Sie unter Regelbeschwerden?	Ja/Nein
	Haben Sie sonstige Befunde wie z.B. Myome oder Zysten?	Ja/Nein
	Sind Sie schwanger?	Ja/Nein
	Waren Sie schon einmal schwanger?	Ja/Nein
	Verhüten Sie?	Ja/Nein
	Wenn ja, wie?	
Haben Sie Beschwerden beim Wasserlassen?	Ja/Nein	
Wenn ja, wie oft?		

Bitte wenden

Nehmen Sie Medikamente?	Ja/Nein
Wenn ja, welche, wofür?	
Wurden Sie schon mal operiert(auch Blinddarm, Galle, Gelenkoperationen, Zähne)?	Ja/Nein
Wenn ja, was wurde operiert und wann?	
Hatten Sie Unfälle oder Knochenbrüche?	Ja/Nein
Wenn ja, welche und wann?	
Hatten Sie schon einmal einen Bandscheibenschaden?	Ja/Nein
Wenn ja, wo und seit wann?	
Neigen Sie zu Kopfschmerzen?	Ja/Nein
Wenn ja, wie oft und wo?	
Welchen Beruf / Welche Tätigkeit üben Sie aus?	
Treiben Sie Sport?	Ja/Nein
Wenn ja, welchen und wie oft pro Woche?	
Welche Hobbys haben Sie?	
Rauchen Sie?	Ja/Nein
Wenn ja wie oft und wie viel?	
Vertragen Sie scharfe Speisen?	Ja/Nein
Vertragen Sie fettige Speisen?	Ja/Nein
Vertragen Sie Fleisch?	Ja/Nein
Leiden Sie unter Sodbrennen?	Ja/Nein
Schlafen Sie nachts gut ein und durch?	Ja/Nein
Datum:	Unterschrift: