F R A G E B O G E N

Liebe/r Frau/ Herr ……………………………………………………………………..,

bitte füllen Sie den Fragebogen erst aus, nachdem Sie ihn in Ruhe durchgelesen haben.

Der Fragebogen hat einen einheitlichen Rahmen und dient der besseren Beurteilung Ihrer Beschwerden im ganzheitlichen Sinne; daher beantworten Sie möglichst alle Fragen,

auch wenn diese Ihnen nicht immer nachvollziehbar erscheinen.

 Besorgen Sie bitte möglichst vorab alle zur Verfügung stehenden relevanten Befunde, Labor- und Krankenhausberichte, sofern solche bestehen und beschafft werden können. Fehlende Unterlagen können bei Ihrem behandelnden Arzt in Kopie angefordert werden.

Sinnvoll wäre es auch, Medikamente (mit Beipackzettel), orthopädische Hilfsmittel, Nahrungsergänzungsmittel oder allergieauslösende Substanzen bereitzuhalten, wenn diese vorhanden sind.

 Alle Angaben sind selbstverständlich freiwillig, streng vertraulich und unterliegen der gesetzlichen Schweigepflicht gemäß § 203 StGB.

Sie werden nicht an Dritte weitergegeben, sofern Sie mich nicht davon entbinden.

Alle Dokumentationen können jederzeit von Ihnen persönlich eingesehen werden.

Sollten noch Unklarheiten zum Ausfüllen des Fragebogens oder anderweitige Fragen bestehen, stehe ich Ihnen gern telefonisch zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Uwe Preibisch

Uwe Preibisch Tel.: 040 – 63 70 77 97 www.touch-of-energy.de

Am Damm 43 Mobil: 0177 – 21 50 939 www.handenergetik.de

22175 Hamburg E- Mail: uwe-preibisch@web.de www.wellnessmassage-hh.de

**Fragebogen (Stand 07/ 2011)** Datum: ….…………….

NAME: ………………………………………. Vorname: ……………………. Geb. Dat.: …….…………………

Beruf: ……………………………… Tel.: ………….......................… Mobil: ...…………….……........................

Straße, Nr.: …………………………………………………………… PLZ-Ort: ……………………………….

Gewicht: ………kg Größe: ………cm Blutgruppe: …........ Blutspender? .............

Behinderungen: ..........................................................................................................................................................

**Ihre Hauptbeschwerden:**

…….………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Verlauf:**

**Bitte schildern Sie möglichst den genauen Verlauf** *(Entwicklung Ihrer Erkrankung/Beschwerden- keine Diagnosen!)* **chronologisch von Anfang bis zum heutigen Tage, mit möglichst genauer Zeitangabe** *(Monat/ Jahr)* **und auch alle scheinbar „nebensächlichen“ Symptome, die in dieser Zeit dazu gekommen sind (wie z.B. Kreislaufprobleme, Kopfschmerz, Veränderungen im Schlafverhalten, Stuhl-und Harn, Appetit, Durst, Stimmung, Zyklusstörungen, Blutdruckabfall/ anstieg, Haut, Haare usw.).**

*(z.B. seit ca.09/2006, unklare Rückenschmerzen, Verspannungen, Kopfschmerz; seit 12/2009 zusätzlich Schmerzen am li. Ellenbogen, Bewegungseinschränkung li. Arm; 01/ 2010 Hausarzt, KG, Schmerzmittel, Besserung, aber nach 6 Wo. Schlafstörungen, innere Unruhe;*

*bis 02/ 2011 Verschlimmerung und Ausbreitung der Schmerzen auf mehrere Körperregionen, zusätzl. unruhige Beine, Verstopfung. Stimmung zunehmend depressiv, oft müde, häufige Krankschreibungen; 03/ 2011 Neurologe (siehe Befund), weiter Schmerzmittel und zusätzl. Antidepressiva, Krankengymnastik, keine Besserung; aber zunehmende Appetitlosigkeit, Übelkeit, trockene Haut… usw.)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

****

**Zeichnen Sie bitte die Lokalisation der Schmerzen/ Beschwerden farbig ein:**

**Beschreibung der Beschwerden:**

Schmerz : lokal ( ) ausstrahlend ( ) brennend ( )

 pochend ( ) dumpf ( ) stechend ( )

Sensibilitätsstörungen: Taubheit ( ) Kribbeln ( ) Juckreiz ( ) kalt/heiß ( ) andere ( )

Hautschäden: Ausschlag ( ) Bläschen ( ) Rötung ( ) Schwellung ( ) andere ( )

Andere: …………….. ……….……………...………………………………………………………………………

.....................................................................................................................................................................................

**Ändern sich Ihre Schmerzen/ Beschwerden?**

besser schlechter kein Effekt

Bewegung ( ) ( ) ( )

Sitzen ( ) ( ) ( )

Liegen ( ) ( ) ( )

Stehen ( ) ( ) ( )

Gehen ( ) ( ) ( )

Besondere Haltung ( ) ( ) ( ) welche? ................................

Bei großen Belastungen ( ) ( ) ( ) welche? ……………………

Andere Tätigkeiten ( ) ( ) ( ) welche? ................................

Morgens ( ) ( ) ( )

Abends ( ) ( ) ( )

Nachts ( ) ( ) ( )

Wenn Sie zur Ruhe kommen ( ) ( ) ( )

Vor dem Essen ( ) ( ) ( )

Beim Essen ( ) ( ) ( )

Nach dem Essen ( ) ( ) ( )

2-4 Stunden nach dem Essen ( ) ( ) ( )

Saisonal ( ) ( ) ( ) wann? ...............................

Spezielle Nahrungsmittel ( ) ( ) ( ) welche? ................................

Nach fettem, reichhaltigem Essen ( ) ( ) ( ) z.B.? ...............................

Im Urlaub ( ) ( ) ( ) wo? …………………...

Bei anderen Besonderheiten ( ) ( ) ( ) welche? ..…………………..

**Leiden oder litten weitere Familienangehörige unter dieser Krankheit oder ähnlichen Beschwerden?**

**Besonderheiten kurz vor der Erkrankung?** (z.B. *Ausland, Unfall, Bestrahlung, andere Erkrankung, Impfungen, Fieber etc.)*

**Besonderheiten während der Erkrankungsdauer?** (z.B. *Krankenhausaufenthalt, Unfall, Verletzung, OP, Kur etc.)*

**Vorübergehende, auffällige Verschlechterung/ Besserung/ Veränderung ohne ersichtlichen Grund?**

Wenn ja, welche und wie lange? ***(****z.B. 3 Tage Herzrasen oder 1 Woche schmerzfrei oder Verlagerung von rechts nach links etc.)*

**Was vermuten Sie selbst, was die Erkrankung Ihrer Meinung nach ausgelöst/ begünstigt hat?**

*(z.B. Unfall, OP- Folgen, Vererbung, psych./körperl. Belastungen, falsche Ernährung, Alkohol, Medikamente, Zecken etc.)*

**Was hilft Ihnen gegen die Beschwerden?** *(z.B. Medikamente, Sport, Physiotherapie, Wärme/ Kälte, Ruhe, Meditation etc.)*

**Was verschlimmert die Beschwerden?** *(z.B. Hitze, Essen, Stress, körperl- geistige Arbeit, Sport, ärztl. Maßnahmen etc.)*

**Sind Sie z. Zt. in Behandlung? Wenn ja, wo und seit wann?**

 -

 -

 **-**

 **-**

**Sind demnächst medizinische Maßnahmen oder Eingriffe geplant? Wenn ja, welche und wann?**

 **-**

 **-**

 **-**

 **-**

**Welche Diagnose/n wurde/n wann vom Arzt (Fachrichtung) festgestellt?** (Wann? Möglichst chronologisch.)

1) ……………………………………………………………………………………………………………………

2) ………..…………………………………………………………………………………………………………..

3) ………………………………………………………………………………………………………………….....

4) …..………………………………………………………………………………………………………………..

5) …………………………………………………………………………………………………………………….

6) …………………………………………………………………………………………………………………….

**Was wurde unternommen?** *(Beschreibung der Maßnahme/n, z.B. Medikamente, Massagen, OP etc.) /* **Hat es geholfen?**

 *(Ja –Nein)*

Zu 1) ……………………………………………………………………………………………/ …….……...*.....*

Zu 2) ……………………………………………………………………………………………/ ….…….……...

Zu 3) ……………………………………………………………………………………………/ ….....…….…...

Zu 4) ……………………………………………………………………………………………/ …......…….…..

Zu 5)……………………………………………………………………………………………/ …..…………...

Zu 6) ……………………………………………………………………………………………/ .……………….

**Hatten Sie Knochenbrüche? Wenn ja, wo und wann? Wurde operiert?**

**Sind Schäden oder Narben zurückgeblieben?**

**Sind Erbkrankheiten bekannt?**

 **-**

 **-**

 **-**

**Haben sie seelische Beschwerden/ Probleme?** *(Welche, seit wann, wodurch ausgelöst, wie wird therapiert?)*

…………………………….…………………………………………………………….…….……………………………..…………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………………………...

…………………………….…………………………………………………………….…….……………………………..…………………………………………………………………….…

**Vorsorgeuntersuchungen: Welche, wann, Ergebnis?**

…………………………….…………………………………………………………….…….……………………………..…………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………………………...

**Typische, durchgemachte Kinderkrankheiten:**

……………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Andere Erkrankungen während der Kindheit:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…

**Allgemein:**

Ja Nein

Rauchen Sie? ( ) ( ) Seit wann nicht mehr? …………………….

Duschen/ Baden Sie mehr als einmal täglich? ( ) ( )

Haben Sie Probleme das Gewicht zu halten? ( ) ( )

Haben Sie in den letzten 6 Mon. stark abgenommen? ( ) ( )

Haben Sie eine überwiegend sitzende Tätigkeit? ( ) ( )

Müssen Sie schwer heben? ( ) ( )

Müssen Sie viel stehen? ( ) ( )

Haben Sie einen Herzschrittmacher? ( ) ( )

Haben Sie eine künstliche Herzklappe? ( ) ( )

Haben Sie Bypässe? ( ) ( )

Haben Sie ein künstliches Gelenk? ( ) ( )

Macht Treppensteigen Schwierigkeiten? ( ) ( )

Wird die Luft auch bei kleinen Anstrengungen manchmal knapp? ( ) ( )

Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen ( ) ( )

**Wie oft haben Sie Stuhlgang?**

Täglich 1x ( ) Mehr als 1x ( )

Alle 2 Tage ( )

Seltener als alle 2 Tage ( )

Nehmen Sie Abführmittel? ( ) ( )

**Beschaffenheit:**

 normal weich ( ) hart ( ) flüssig/wässrig ( ) blutig ( ) Fettstuhl ( )

 sehr hell ( ) sehr dunkel ( ) bleistiftförmig ( ) Kotsteine ( ) anders ( )

**Medikamente:**

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente/ Vitamine/Nahrungsergänzungen ein?**

Bitte geben Sie den Namen und die Dosierung an!

*Beispiel: Diclofenac 1 0 0 ½ Tab.*

 *Tramal 20 10 10 0 Trpf.*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name  | morgens | mittags | abends | zur Nacht | was  |
|  ……………………………………………. |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Haben Sie folgende Symptome?**

Ja Nein

Husten ( ) ( ) Auswurf ( ) ( )

Nachtschweiß ( ) ( )

Fieber ( ) ( )

Schnupfen ( ) ( )

Juckreiz am Körper ( ) ( )

Juckreiz am After ( ) ( )

Hautausschläge ( ) ( )

Immer kalte Hände ( ) ( )

Immer kalte Füße ( ) ( )

Wunden heilen schlecht ( ) ( )

Durchfall ( ) ( )

Verstopfungen ( ) ( )

Magenkrämpfe ( ) ( )

Blähungen ( ) ( )

Bauchkrämpfe ( ) ( )

Schmerzen beim Stuhlgang ( ) ( )

Schmerzen beim Wasserlassen ( ) ( ) Immer Durst ( ) ( )

Appetitlosigkeit ( ) ( )

Müdigkeit ( ) ( )

Abgeschlagenheit ( ) ( )

Infektanfälligkeit ( ) ( )

Muskelzittern ( ) ( )

Kraftverlust ( ) ( )

Schwindel ( ) ( )

Übelkeit ( ) ( )

Erbrechen ( ) ( )

Ohrgeräusche ( ) ( )

Hörverlust ( ) ( )

Stottern ( ) ( )

Vergesslichkeit ( ) ( )

Verschlechterung der Sehkraft ( ) ( )

Krämpfe ( ) ( )

Zungenbrennen ( ) ( )

Eingerissene Ohrläppchen ( ) ( )

Entzündete Mundwinkel ( ) ( )

Lippenbläschen ( ) ( )

Niedriger Blutdruck ( ) ( )

Kopfschmerz ( ) ( )

Migräne ( ) ( )

Bläschen oder rissige Haut an Händen ( ) ( )

Schlaflosigkeit ( ) ( )

Ohnmachtsanfälle ( ) ( )

Blutungsneigung ( ) ( )

Herzrasen ( ) ( )

Angst ( ) ( )

Lichtempfindlichkeit ( ) ( )

Schwellungen an bestimmten Körperstellen ( ) ( )

Schmerzen beim Gehen ( ) ( )

Einseitiges, kaltes Bein ( ) ( )

Einseitiges, heißes Bein ( ) ( )

Haarausfall ( ) ( )

Schluckbeschwerden ( ) ( )

Feuchte Hände ( ) ( )

**Wie schlafen Sie meistens?**

Auf dem Bauch ( ) Rücken ( )

Seite ( )

Wechselnd ( )

Alleine ( )

Mit Partner/ Kind ( ) Mit Haustier im Bett ( )

Probleme beim Einschlafen ( )

- beim Durchschlafen ( )

Ich muss nachts zur Toilette ( )

- 1x ( )

- mehrmals ( )

Ich trinke noch kurz vor dem Zubettgehen ( )

Ich nehme etwas zum Schlafen ein ( )

**Sport**

Ich treibe Sport Ja ( ) Nein ( )

- Welchen? Wie oft pro Woche? Wie viel Stunden?

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

**Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?**

Krebs ( ) Bluthochdruck ( )

Herzkrankheit ( )

Bandscheibenvorfall ( )

Gicht ( )

Rheuma ( ) Neurodermitis ( )

Schuppenflechte ( )

Schilddrüsenfunktionsstörung ( )

Tuberkulose ( )

Lungenentzündung ( )

Gelbsucht ( )

HIV/ AIDS ( )

Psychische Erkrankungen ( )

Krampfanfälle ( )

Gallensteine ( )

Nierensteine ( )

Erkrankung der Knochen ( )

Autoimmunerkrankung ( )

Schwere Infektionskrankheiten ( )

**Zähne/ Kiefer** ja nein

Z.Zt. in zahnärztlicher Behandlung? ( ) ( )

Ich trage eine Spange ( ) ( )

Ich trage eine Prothese ( ) ( )

Brücken, Kronen u. ä.? ( ) ( )

Zähne gezogen worden? ( ) ( )

Eingriff geplant? ( ) ( )

Hautausschlag Hals/ Kopf? ( ) ( )

Andere Auffälligkeiten? ( ) ( )

**Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten aufgetreten?**

ja nein weiß nicht

Krebs ( ) ( ) ( )

Schlaganfall ( ) ( ) ( )

Herzinfarkt ( ) ( ) ( )

Gallensteine ( ) ( ) ( )

Nierensteine ( ) ( ) ( )

Magengeschwüre ( ) ( ) ( )

Offene Beine ( ) ( ) ( )

Rheuma ( ) ( ) ( )

Schuppenflechte ( ) ( ) ( )

Neurodermitis ( ) ( ) ( )

Asthma ( ) ( ) ( )

Zuckerkrankheit ( ) ( ) ( )

Allergien ( ) ( ) ( )

Psychische Erkrankungen ( ) ( ) ( )

Krampfanfälle ( ) ( ) ( )

Gelenkerkrankungen ( ) ( ) ( )

Fibromyalgie ( ) ( ) ( )

Multiple Sklerose (MS) ( ) ( ) ( )

Bluterkrankheit ( ) ( ) ( )

Andere Erbkrankheiten ( ) ( ) ( )

**Gynäkologie:**

Ja Nein

Sind Sie schwanger? ( ) ( ) Gehen Sie regelmäßig zur Vorsorge? ( ) ( )

Wann zuletzt? ………………

Wurden Auffälligkeiten festgestellt? ( ) ( )

Nehmen Sie die Antibabypille ein? ( ) ( )

Haben Sie sie früher genommen? ( ) ( )

Verhüten Sie anderweitig? ( ) ( )

Zyklus (*1. Tag der Blutung bis 1. Tag der Blutung)* regelmäßig? ( ) ( )

Zykluslänge *(Nicht Blutungslänge!)*  ……… Tage

Schmerzen während der Blutung? ( ) ( )

Veränderung der Stimmung vor der Blutung? ( ) ( )

Verwenden Sie Präparate aus Mariendistel? ( ) ( )

Geburten (Anzahl) ----------------

Fehlgeburten (Anzahl) ----------------

Schwangerschaftsabbrüche (Anzahl) ----------------

Kaiserschnitt (Anzahl) ----------------

Operationen (Ausschabungen/ Polypen) ( ) ( )

Eierstöcke (Zysten/Entzündungen/Operationen) ( ) ( )

Schmerzen beim Verkehr? ( ) ( )

Schmerzen beim Wasserlassen ( ) ( ) Hatten Sie Geschlechtskrankheiten? ( ) ( )

Leiden Sie häufig unter Blasenentzündungen? ( ) ( )

**Falls Sie in den Wechseljahren sind:**

Seit wann? ………………………………….………………………

Wechseljahrbeschwerden? ( ) ( )

Medikamente dagegen? ( ) ( )

Setzten zwischenzeitlich die Regelblutungen wieder ein? ( ) ( )

**Stress:**

Wie schätzen Sie momentan Ihre persönliche Stressbelastung ein?

0 = kein Stress 10 = maximaler Stress

Persönlicher Stress: ………

**Männer:**

Ja Nein

Müssen Sie nachts raus zum Wasserlassen? ( ) ( )

Gibt es Probleme beim Wasserlassen? ( ) ( )

Gibt es Potenzprobleme? ( ) ( )

Waren Sie schon einmal beim Urologen zur Vorsorge? ( ) ( )

Wurde die Prostata untersucht? ( ) ( )

Hatten Sie Geschlechtskrankheiten? ( ) ( )

Gibt es Schmerzen im Genitalbereich? ( ) ( )

Gibt es Juckreiz im Genitalbereich? ( ) ( )

**Tiere:**

Ja Nein

Haben Sie Haustiere? ( ) ( ) Mit welchen Tieren haben oder hatten Sie Kontakt?

……………………………………………………….................................................................................................

**Allergien:**

Ja Nein

Haben Sie Allergien? ( ) ( ) Hausstaub (milbe) ( ) ( )

Pollen ( ) ( )

Tierhaare ( ) ( )

Nahrungsmittel ( ) ( )

Medikamente ( ) ( )

Andere ( ) ( )

**Füße**

Ja Nein

Tragen Sie Einlagen? ( ) ( ) Tragen Sie Fersenkissen/ Absatzerhöhung? ( ) ( )

Tragen Sie Spezialschuhe? ( ) ( )

Gibt es Schmerzen in den Füßen/ Zehen? ( ) ( )

Sind Sie mal umgeknickt? ( ) ( )

Wie weit können Sie ohne Schmerzen gehen? ( ) ( )

E**rgänzende Angaben, die im Fragebogen nicht berücksichtigt wurden:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Name: ………………………………………………. Datum: ……………………………

Befund:

RR: / Puls: Temp.: Atmung: BZ: (nüchtern/Mahlzeit vor…….Std.)

AZ/EZ:………………………………………………………………………………………………………………

Habitus:...……………………………………………………………………………………………………………

Kopf:………………………………………………………………………………………………………………..

Haare:………………………………………………………………………………………………………………

Augen: ………………………………………………………………………………………………………………

Schleimhaut:…………………………………………………………………………………………………………

Haut:…………………………………………………………………………………………………………………

Periorale Blässe…………………………………………………………………………………………………..…

Mundwinkel:………………………………………………………………………………………………………..

Hals:…………………………………………………………………………………………………………………

Gelenke:……………………………………………………………………………………………………………

Hände:………………………………………………………………………………………………………………

Füße:…………………………………………………………………………………………………………………

Rücken:………………………………………………………………………………………………………………

Bauch:………………………………………………………………………………………………………………

Organe:………………………………………………………………………………………………………………

Bewegung:...…………………………………………………………………………………………………………

Gang:………………………………………………………………………………………………………………

Skelett:………………………………………………………………………………………………………………

Sprache/Stimme:……………………………………………………………………………………………………

Neuro.:………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

Weitere Auffälligkeiten……………………………………….……………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

Name: ………………………………………………………………………. Datum:……………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………