

Erstkontaktbogen

Name:			Geburtsdatum:			Geschlecht: M W D		
Konstitution:	mager	normal	muskulöse	adipös	Größe:	cm	Gewicht:	Kg
Beruf:				Hobbys:				
Allergien:	Nein	Ja, welche:						

Warum haben Sie sich für unsere Praxis entschieden?

Was erwarten Sie sich von der Therapie?

Was können Sie tun, um diese Erwartung zu erfüllen?

Waren Sie in den letzten 3 Monaten in Behandlung bei:

	Nein	Ja		Nein	Ja		Nein	Ja
Hausarzt			Psychiater/Psychologe			Physiotherapeut		
Orthopäde			Onkologe			Chiropraktiker		
Zahnarzt			Internist			Osteopath		
Andere:								
Datum der letzten Untersuchung:				bei:				

Wurden bei Ihnen jemals eine oder mehrere der folgenden Krankheiten diagnostiziert?

	Nein	Ja	Welcher Art		Nein	Ja	Welcher Art
Krebs				Schilddrüsenprobleme			
Herzprobleme				Depressionen			
Bluthochdruck				Multiple Sklerose			
Kreislaufprobleme				Schlaganfall			
Asthma				Osteoporose			
Magengeschwüre				Tuberkulose			
Nierenerkrankungen				Rheuma			
Diabetes							
Hepatitis							
Andere entzündliche Erkrankungen							
Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten, anderen Substanzen							
Andere:							

Haben Sie sich im letzten Monat niedergeschlagen, hoffnungslos oder depressiv gefühlt	Nein	Ja
Haben Sie sich im letzten Monat für nichts interessiert und an nichts Freude gefunden?	Nein	Ja
Sind Sie jemals von ihrem Partner oder einer anderen nahestehenden Person bedroht, verletzt oder eingeschüchtert worden?	Nein	Ja

Nennen Sie alle bei ihnen durchgeführten Operationen und Krankenhausaufenthalt mit Grund und Datum:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Bitte nennen Sie so genau wie möglich, alle ernsthaften Verletzungen, für die sie behandelt werden mussten (z.B. Knochenbrüche, Bandverletzungen) mit Grund und Datum

Datum	Verletzung	Datum	Verletzung

Wurden bei ein oder mehreren <u>Familienmitgliedern</u> (Eltern, Geschwistern) eine oder mehrere Erkrankungen diagnostiziert?							
	Nein	Ja	Welcher Art		Nein	Ja	Welcher Art
Krebs				Schilddrüsenprobleme			
Herzprobleme				Depressionen			
Bluthochdruck				Schlaganfall			
Kreislaufprobleme				Rheuma			
Asthma				Multiple Sklerose			
Nierenerkrankungen				Parkinson			
Diabetes				Osteoporose			
Andere entzündliche Gelenkerkrankungen							
Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten, anderen Substanzen							
Andere:							

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ?	Nein	Ja		Nein	Ja
Aspirin			Blutverdünner		
Ibuprofen, Diclofenac, Voltaren...			Morphine		
Arcoxia			Schmerzpflaster		
Methotrexat (MTX)			Antidepressiva		
Kortison			Pille		
Schilddrüsenhormone			Nahrungsergänzungsmittel		
Blutdrucksenker			andere:		

Nehmen Sie regelmäßige Genussmittel ein?	Nein	Ja	Wieviel?	Seit wann?
Kaffee				
Andere Koffeinhaltige Getränke				
Zigaretten				
Alkohol				

Bitte kreuzen Sie aktuelle Beschwerden an, die für Sie neu und ungewöhnlich sind:					
	Nein	Ja		Nein	Ja
Gewichtsverlust			Gelenk-, Muskelschwellungen		
Übelkeit, Erbrechen			Unerklärliche Hämatome		
Schwindel			Starke Blutung		
Müdigkeit			Atemnot		
Schwächegefühl			Regelmäßiges Husten		
Fieber, Schüttelfrost			Arm-, Beinschwellungen		
Ungewöhnliches Schwitzen			Herzrasen		
Nächtliches Schwitzen			Schluckbeschwerden		
Kribbeln Taubheit			Sodbrennen		
Zittern			Verstopfung, Durchfall		
Anfallsleiden, Epilepsien			Blut im Stuhl		
Doppelbilder sehen			Klimakterium, Wechseljahre		
Verlust der Sehschärfe			Probleme beim Wasserlassen		
Gerötete Augen			Urininkontinenz		
Hautausschlag			Blut im Urin		
Schlafstörungen			Störungen in der Sexualfunktion		
Hörstörungen			(mögliche) Schwangerschaft		
Sonstige Anmerkungen:					

Ort/Datum	Unterschrift Patient:	Unterschrift Therapeut:
-----------	-----------------------	-------------------------