

Medizinischer Fragebogen

Ausgefüllt am: _____

Name: _____

Vorname: _____

Bei Kindern Name der Eltern: _____

Geschlecht: männlich

weiblich

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____

Geb. am: _____

Familienstand: _____

Telnr. Privat: _____

Handy: _____

Krankenkasse: _____

Körpergröße (cm): _____

Körpergewicht (kg): _____

Welche Tätigkeit üben Sie derzeit aus: _____

krankgeschrieben:

arbeitslos:

Schüler/Student:

Können Sie sich selber versorgen (alleine anziehen, duschen, essen gehen?)

ja

nein

Welche Erkrankungen wurden bei Ihnen diagnostiziert (bitte Befunde in Kopie beifügen)?

Welche Beschwerden bzw. Hauptsymptome liegen bei Ihnen vor?

Wann traten die Beschwerden das erste Mal auf?

Wie verlaufen die Beschwerden?

Sie bestehen dauernd.

Ja Nein

Sie verlaufen schubweise.

Ja Nein

Sie haben sich verschlechtert seit:

Wovon sind Ihre Beschwerden abhängig?

- | | | | | | |
|----------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|-----------|--------------------------|
| Wetter | <input type="checkbox"/> | körperliche Belastung | <input type="checkbox"/> | Aufregung | <input type="checkbox"/> |
| Aufenthaltsort | <input type="checkbox"/> | Schadstoffkontakt | <input type="checkbox"/> | Sonstiges | <input type="checkbox"/> |
| Essen | <input type="checkbox"/> | | | | |

An welchen Orten treten die Beschwerden vorwiegend auf?

- In der Wohnung (Raum?) _____
- Im Keller
- Auf dem Dachboden
- Im Tierstall
- Im Zirkus oder im Zoo
- In Wiese oder Feld
- Im Wald oder in der Nähe von Büschen (welche?) _____
- Im Auto
- Bei Freunden oder Bekannten? (warum?) _____
- Am Arbeitsplatz
- An anderen Orten (welche?) _____
- Die Beschwerden sind ortsunabhängig.

Gab es beschwerdefreie Zeiten?

- Ja, wenn ja:
wann? _____

wie lange? _____

bei welchem Anlaß? _____

- Nein

Bei welchen Tätigkeiten treten die Beschwerden verstärkt auf?

- entfällt
- Hausarbeit (welche?) _____
- Arbeiten in Hobby und Beruf (welche?) _____
- Beim Sport
- Beim Umgang mit Tieren (welche?) _____
- Beim Einschalten der Heizung
- Beim Rasenmähen
- Beim Spaziergehen z. B. im Nebel
- Beim Baden im Freien
- Beim Saunieren oder ähnliches
- Bei anderen Tätigkeiten (welche?): _____

Kommen Sie in Berührung mit Tieren bzw. bei welchen Tierkontakten treten Beschwerden auf?

- | | | | | |
|--|--------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> entfällt | <input type="checkbox"/> Hund | <input type="checkbox"/> Katze | <input type="checkbox"/> Pferd | <input type="checkbox"/> Rind |
| <input type="checkbox"/> Meerschweinchen | <input type="checkbox"/> Taube | <input type="checkbox"/> Goldhamster | <input type="checkbox"/> Kaninchen | |
| <input type="checkbox"/> sonstige Tiere: _____ | | | | |

Welche Untersuchungen (Allergietests, Blutbefunde, Schadstoffanalyse, Schwermetallbelastungen etc.) wurden bislang durchgeführt? (bitte Befunde in Kopie beifügen).

Waren Sie in den letzten Jahren in anderen Kliniken/Einrichtungen? Wenn ja, wann und wo? (bitte Entlassungsberichte in Kopie beifügen)

An welchen weiteren Vorerkrankungen leiden Sie? (wie z. B. Schwerhörigkeit, hohem Blutdruck, Diabetes, Depressionen usw.)

Zahnstatus:

Amalgamfüllungen:

Ja wenn ja, wie viele: _____

Nein

Andere Füllungen bzw. Metalle:

Ja wenn ja, welche und wie viele:

Nein

Kronen:

Ja wenn ja, wie viele: _____

Nein

Implantate:

Ja wenn ja, wie viele: _____

Nein

Inlajs:

Ja wenn ja, wie viele: _____

Nein

Rauchen, nehmen oder nahmen Sie früher Drogen? Wenn ja, wann und welche?

Liegt bei Ihnen eine psychische / psychiatrische Diagnose vor?

Ja, wenn ja, welche? (Befund in Kopie bitte beifügen)

Nein

Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente (Allergien und Unverträglichkeiten)?

Ja, wenn ja welche?

Nein

Welche Medikamente haben Sie früher eingenommen bzw. nehmen Sie noch ein?

Ich nehme z. Zt. keine Medikamente ein.

Ich nehme z. Zt. diese Medikamente:

Bestehen bei Ihnen Nahrungsmittelunverträglichkeiten bzw. -allergien

Nein

Ja, wenn ja, welche Unverträglichkeiten bzw. Allergien (bitte Allergiebefunde in Kopie beifügen):

Wie sind die Reaktionen bzw. Beschwerden nach Verzehr der sogenannten „allergen“ Nahrungsmittel?

nicht bekannt

Juckreiz

sonstiges (welche Beschwerden)

Hautausschlag

Übelkeit

Wurden bei Ihnen anderweitige Allergien (außer Nahrungsmittelallergien) diagnostiziert oder konnten Sie selbst allergische Reaktionen bei sich feststellen?

Ärztlich festgestellte Allergien:

Selbst festgestellte Allergien:

Wurde schon einmal eine Hyposensibilisierung (Desensibilisierung) durchgeführt?

Nein

Ja, wenn ja, wann, wo, wogegen und mit welchem Erfolg?

1. Haut

Keine Erscheinungen

Symptome	Keine	Schwach	Mäßig	Schwer
Schwellungen				
Rötungen				
Ausschläge				
Geschwüre				
Verfärbungen				
Blaue Lippen				
Blässe				
Haarausfall				
Vermehrter Haarwuchs				
Juckreiz				
Nagelveränderngen				
Zahnfleischveränderungen				

Nie	Gelegentlich	Häufig	Ständig

Anderes:

2. Sinnesorgane

Keine Erscheinungen

Symptome	Keine	Schwach	Mäßig	Schwer
Sehstörungen				
Doppelbilder				
Lichtempfindlichkeit				
Zittern der Augen				
Brennende Augen				
Tränende Augen				
Gelbverfärbung der Augen				
Augenentzündungen				
Ohrgeräusche				
Hörminderung				
Störung der Tastempfindlichkeit				
Geschmacksstörungen				
Riechstörungen				
Schnarchen / Atemaussetzer				

Nie	Gelegentlich	Häufig	Ständig

Anderes:

Depressivität				
Antriebsarmut				
Desinteresse				
Angstzustände				

Anderes:

4. Atemwege

Keine Erscheinungen

Symptome	Keine	Schwach	Mäßig	Schwer
Schnupfen				
Laufende Nase				
Häufiges Niesen				
Trockene Nase				
Heiserkeit				
Reizhusten				
Husten mit Auswurf				
Asthmaanfälle				
Atemnot in Ruhe				
Atemnot bei Anstrengung				

Nie	Gelegentlich	Häufig	Ständig

Anderes:

5. Herz- und Kreislaufsystem

Keine Erscheinungen

Symptome	Keine	Schwach	Mäßig	Schwer
Herzrasen				
Herzstolpern				
Schwellungen der Knöchel und Unterschenkel				
Engegefühl in der Brust				
Schwindelgefühle				
Anfallartiges Blasswerden von Zehen Oder Fingern				
Atemnot in Ruhe				
Atemnot bei Anstrengung				

Nie	Gelegentlich	Häufig	Ständig

Anderes:

6. Blut

Keine Erscheinungen

Symptome	Keine	Schwach	Mäßig	Schwer
Blutungsneigung				
Blaue Flecken				
Nasenbluten				
Anfälligkeit für Infekte				

Nie	Gelegentlich	Häufig	Ständig

Anderes:

7. Verdauungstrakt

Keine Erscheinungen

Symptome	Keine	Schwach	Mäßig	Schwer
Trockener Mund				
Vermehrter Speichel				
Sodbrennen				
Saures Aufstoßen				
Schluckbeschwerden				
Appetitverlust				
Appetitsteigerung				
Völlegefühl				
Übelkeit/Erbrechen				
Durchfall				
Verstopfung				
Bauchkrämpfe				
Farbveränderungen des Stuhles				

Nie	Gelegentlich	Häufig	Ständig

Anderes:

8. Harn- und Geschlechtsorgane

Keine Erscheinungen

Symptome	Keine	Schwach	Mäßig	Schwer
Vermehrter Urinfluß				
Verminderter Urinfluß				
Brennen beim Wasserlassen				
Veränderte Farbe des Urins				
Veränderter Geruch des Urins				
Urininkontinenz				
Veränderng der Monatsblutung				
Störung der Libido				
Störung der Potenz				

Nie	Gelegentlich	Häufig	Ständig

Anderes:

9. Muskeln, Glieder, Gelenke

Keine Erscheinungen

Symptome	Keine	Schwach	Mäßig	Schwer
Muskelschwäche				
Muskelzucken				
Muskelkrämpfe				
Schwellungen der Gelenke				
Bewegungseinschränkung				
Knochenbrüche				

Nie	Gelegentlich	Häufig	Ständig

Anderes:

10. Stoffwechsel

Keine Erscheinungen

Symptome	Keine	Schwach	Mäßig	Schwer
Gewichtszunahme				
Gewichtsabnahme				
Heißhunger				
Vermehrtes Durstgefühl				
Kälteempfinden				
Hitzewallungen				
Alkoholunverträglichkeit				

Nie	Gelegentlich	Häufig	Ständig

Anderes:

11. Schmerzen

Keine Erscheinungen

Symptome	Keine	Schwach	Mäßig	Schwer
Schmerzen				

Nie	Gelegentlich	Häufig	Ständig

Wo:
