

Ärztlicher Fragebogen

Familien- und Vorname: _____

Versicherungsnummer/Geburtsdatum: _____

Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm

Beruf: _____

Schichtarbeit: Ja Nein

Familienstand: _____

Aufenthaltsdatum: _____



1. Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein? Bitte genaue Bezeichnung: Keine

(Beispiel: Thrombo Ass 100mg 0-1-0)

2. Welche körperlichen Beschwerden haben Sie zurzeit?

3. Markieren Sie bitte Ihr derzeitiges persönliches Schmerzempfinden zwischen 0 und 10.

„0“ bedeutet keine Schmerzen, „10“ unerträgliche Schmerzen.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

4. Vorerkrankungen:

Diabetes = Zuckerkrankheit

Gicht

Adipositas/Übergewicht

Sonstige

Keine

Prostatavergrößerung

Schilddrüsenerkrankung

Tinnitus: bds. li. re.

5. Herz-Kreislaufferkrankungen:

Bluthochdruck

Myokardinfarkt, wann: _____

Herzschrittmacher

Sonstige

Keine

Koronare Herzerkrankung

Vorhofflimmern

Extrasystole

6. Krebserkrankungen:

Keine

Wenn Ja, welche Art und seit wann:

7. Neurologische/psychische Erkrankungen:

Keine

Schlaganfall

Multiple Sklerose

Parkinson

Demenz

Posttraumatische Belastung bei Suizid am Gleis

Depressive Episode

Burnout

Polyneuropathie

Sonstige

8. Erkrankungen Bewegungsapparat:

Keine

Rückenschmerzen

Rheuma

Knieschmerzen/Knorpelschaden

Muskelschwäche

Hüftschmerzen/Knorpelschaden

Achillessehnen Schmerzen

Ellbogenschmerzen

Schuppenflechte mit Gelenksrheuma

Sonstige

9. Psychische Belastungen:

Keine

Stressbelastung durch Arbeitsbelastung

Familiäre Belastungen

Schlafstörung bei Schichtarbeit

Reaktive Anpassungsstörungen

Sie haben schon psychotherapeutische Beratung angenommen

Es wurde schon eine medikamentöse Therapie eingeleitet

Das Medikament wird gut vertragen

10. Ihre Operationen und Unfälle: Bitte geben Sie die OP und das Jahr an.

Keine

Hüft-OP links rechts Jahr: _____

Knie-OP links rechts Jahr: _____

Schulter-OP links rechts Jahr: _____

LWS-OP Jahr: _____

HWS-OP Jahr: _____

Andere Operationen: _____ Jahr: _____

11. Rauchen Sie?

Nein

Ja: _____ Zigaretten am Tag, un-/regelmäßig, seit: _____

12. Wie oft trinken Sie Alkohol?

Nie 1 - 2 Mal pro Monat 1 - 2 Mal pro Woche Täglich, wieviel: _____

13. Sind Allergien oder Unverträglichkeiten bei Ihnen bekannt?

Nein

Medikamente, welche: _____

Bienengift

Wespengift

Hausstaubmilbe

Tierhaare

Pollen

Gräser

Pflaster

Lebensmittelunverträglichkeiten, welche: _____

Sonstige: _____


14. Sport

Welche sportlichen Aktivitäten üben Sie aus?

Wie oft und wie lange üben Sie diese Aktivität in der Woche aus?

Beurteilen Sie bitte Ihr Bewegungsausmaß im Alltag auf einer Skala von 0 – 10.

„0“ bedeutet keine körperliche Aktivität, „10“ sehr hohe körperliche Aktivität.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Datum: _____

Unterschrift: _____

Ihre Angaben werden im Sinne des Ärztegesetzes vertraulich behandelt.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!