

Ärztlicher Fragebogen

Persönliche Daten

Familien- und Vorname: _____

Versicherungsnummer/Geburtsdatum: _____

Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm

Beruf: _____

Schichtarbeit: ☐ Ja ☐ Nein

Familienstand: _____

Aufenthaltsdatum: _____

Kontaktperson für Notfälle

Name: _____

Telefonnummer der Kontaktperson: _____

1. Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?

☐ Keine

- Bitte füllen Sie diese Medikamentenliste unbedingt sorgfältig aus!
- Tragen Sie in jeder Zeile den genauen Namen des Medikaments und seine Stärke ein (z. B. ASPIRIN 100 mg) und führen Sie an, wann Sie wie viele Tabletten am Tag einnehmen (Dosierung z. B. 1 – 0 – 1 – 0).
- Falls Sie Insulin spritzen, geben Sie dieses ebenfalls hier an, ebenso blutverdünnende Medikamente, Hormone und homöopathische Mittel.
- Bei Unklarheiten besprechen Sie sich bitte mit Ihrem Hausarzt.

Name des Medikaments und Stärke	früh	mittags	abends	spät	bei Bedarf	Anmerkungen
					☐	
					☐	
					☐	
					☐	
					☐	
					☐	
					☐	
					☐	
					☐	
					☐	

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: ☐ beids. ☐ links ☐ rechts

5. Herz-Kreislaufferkrankungen:

☐ Bluthochdruck

☐ Myokardinfarkt, wann: _____

☐ Herzschrittmacher

☐ Sonstige: _____

☐ Keine

☐ Koronare Herzerkrankung

☐ Vorhofflimmern

☐ Extrasystole

6. Krebserkrankungen:

Wenn ja, welche Art und seit wann:

☐ Keine

7. Neurologische/psychische Erkrankungen:

☐ Schlaganfall

☐ Parkinson

☐ Posttraumatische Belastung bei Suizid am Gleis

☐ Burnout

☐ Sonstige: _____

☐ Keine

☐ Multiple Sklerose

☐ Demenz

☐ Depressive Episode

☐ Polyneuropathie

8. Erkrankungen Bewegungsapparat:

☐ Rückenschmerzen

☐ Knieschmerzen/Knorpelschaden

☐ Hüftschmerzen/Knorpelschaden

☐ Ellbogenschmerzen

☐ Sonstige: _____

☐ Keine

☐ Rheuma

☐ Muskelschwäche

☐ Achillessehnenschmerzen

☐ Schuppenflechte mit Gelenksrheuma

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. Operationen und Unfälle:☐ **Keine**

Wenn ja, bitte geben Sie die OP und das Jahr an.

- | | | | |
|---------------------|--------------------------------|---------------------------------|-------------|
| 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 x monatlich
- ☐ 1 x wöchentlich
- ☐ täglich, wie viel: _____

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 viele Stunden pro Woche treiben Sie Sport? _____ Stunden

Wie viel davon ist Krafttraining (z. B. Fitnesscenter)?

Beurteilen Sie bitte Ihr Bewegungsausmaß im Alltag auf einer Skala von 0 bis 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!