

Befundbogen

Liebe Patienten,

bitte nehmen Sie sich Zeit und füllen Sie den Befundbogen so genau wie möglich aus.
 Zutreffende Angaben können Sie unterstreichen oder mit eigenen Worten ergänzen.

Name:	Geboren am:	
Straße:	Familienstand:	Kinder:
PLZ /Ort:	Beruf:	
Telefon:	Mobil:	Hausarzt:
E-Mail:	Krankenkasse:	
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?		

Aktuelles Anliegen

Bitte formulieren Sie in eigenen Worten kurz, mit welchem Wunsch / Anliegen Sie kommen und was Ihr Ziel ist

Aktuelle Beschwerden:

Welche Beschwerden haben Sie?
Wann Sind die Beschwerden erstmalig aufgetreten? Was ist kurz vorher passiert (z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente)?
Wann treten die Beschwerden vornehmlich auf? Morgens, mittags, abends, nachts, In Ruhe, bei Bewegung (welche Bewegung?), vor dem Essen, während dem Essen, nach dem Essen
Falls Sie Schmerzen haben, welchen Schmerzcharakter haben diese Schmerzen? Ziehend, dumpf, stechend, lokal, diffus, ausstrahlend (wohin?)
Was wurde bisher unternommen?
Was lindert die Beschwerden?
Was verstärkt die Beschwerden?

Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit (ggfs. Beipackzettel bitte mitbringen)?		
Name	Gegen was	Dosierung

Familienanamnese

Welche Erkrankungen / Beschwerden traten in Ihrer Familie (Mutter, Vater, Großeltern, Geschwister) auf? z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne.

Vorerkrankungen / weitere Erkrankungen / Infektionskrankheiten

Welche weiteren Erkrankungen haben Sie?

z.B. Allergien (bitte angeben gegen was und wann auftretend),
Nahrungsmittelallergien (bitte angeben gegen was), Operationen, Unfälle
Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung
(Polio), Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffersches Drüsenfieber, Gonorrhöe (Tripper),
Syphilis, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, usw

Impfungen

Welche Impfungen / Impfauffrischungen haben Sie erhalten? Wann waren diese?

z.B. Tuberkulose (BCG), Polio (Kinderlähmung), Diphtherie, Tetanus, Hepatitis, Cholera,
Gelbfieber, Pocken, Grippe, Zecken, usw.

Gab es Reaktionen auf die Impfungen?

z. B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen

Körperlicher Befund

Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen ?	Ja	Nein
Falls ja: häufig, selten, Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptregion, morgens, abends halbseitig - links - rechts - doppelseitig -, nach Genuss bestimmter Lebensmittel, zyklusabhängig?		
Leiden Sie unter Haarausfall ?	Ja	Nein
kreisrunder, vereinzelter, seit wann		
Leiden Sie unter Augenerkrankungen ?	Ja	Nein
Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, Grauer Star, Macula-Degeneration usw.		
Leiden Sie an Ohrenbeschwerden ?	Ja	Nein
links / rechts, Tinnitus seit Schwerhörigkeit seit, andere.....		
Haben Sie Beschwerden im Bereich der Zähne ?	Ja	Nein
Haben Sie Füllungen?	Ja	Nein
Material: Amalgam, Gold, Kunststoff, Keramik		
Wurden Zähne entfernt?		
Falls Amalgamfüllungen entfernt wurden, wurde eine Amalgamausleitung gemacht?		
Haben Sie Beschwerden im Bereich der Nase ?	Ja	Nein
Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung, Nase verstopft		
Haben Sie Beschwerden im Bereich der Mandeln ?	Ja	Nein
Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute		
Gibt es Probleme im Bereich der Schilddrüse ?	Ja	Nein
Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Autoimmunerkrankung, Operation		

Brust und Bauch

Leiden Sie unter Herzbeschwerden ? Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen	Ja	Nein
Leiden Sie unter Lungenerkrankungen ? Bronchitis, häufig Husten, Asthma, Atemnot	Ja	Nein
Leiden Sie unter Lebererkrankungen ? Entzündung - Hepatitis	Ja	Nein
Leiden Sie unter Gallebeschwerden ? Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit	Ja	Nein
Leiden Sie unter Magenbeschwerden ? Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Nahrungsmittelallergien	Ja	Nein
Leiden Sie unter Darmbeschwerden ? Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen – Geruch	Ja	Nein
Beschreiben Sie bitte Ihren Stuhlgang . täglich, jeden 2.3.4. Tag, unregelmäßig, riecht nach..... Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall, Konsistenz: schnittfest Stuhl hell, dunkel, übel riechend, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig, kann Stuhl nicht halten, Gefühl, nicht fertig zu werden, Stuhlgang wechselhaft		

Rücken – Arme – Beine - Haut

Treten / Traten folgende Beschwerden im Bereich der Arme auf? Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände	
Treten / Traten folgende Beschwerden im Bereich der Beine auf? Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, Verletzungen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl	
Treten / Traten folgende Beschwerden im Bereich des Rückens auf? Eingeschränkte Beweglichkeit, Verspannungen, Belastungen, Rheuma, Bandscheibenvorfall, Schleudertrauma	
Treten / Traten folgende Beschwerden im Bereich der Haut/Nägel auf? Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, eingewachsene Nägel, Nagelbettentzündungen	
Narben	Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben?
<input type="radio"/>	Ja – bitte unbedingt beim Besuch zeigen – auch kleine
<input type="radio"/>	Nein

Unterleib – Gynäkologie

Gab /Gibt es im Bereich Gynäkologie folgende Beschwerden / Operationen? Ausfluss - Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Tumore, Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten, Pilze
Als Frau machen Sie bitte kurz folgende Angaben zu Monatsblutung : Wann war die erste Monatsblutung: wann war die letzte Monatsblutung: Beschwerden vor - nach - während der Regel - welche: Klimakterische Beschwerden:
Nehmen Sie Verhütungsmittel ? Welche:
Gab / Gibt es Beschwerden mit der Prostata ? vergrößert, Entzündungen gehabt, aktuell, Beschwerden beim Wasserlassen
Gab / Gibt es Beschwerden im Bereich der Niere/Blase ? Nierensteine, Entzündungen
Beschreiben Sie bitte kurz Ihr Harn . viel, wenig, häufig, kann nicht halten, Farbe, Geruch
Machen Sie bitte Angaben zu Ihrer Sexualität . vermindert, verstärkt, unbefriedigt, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

Allgemeine Angaben

Aktuelles Körpergewicht	Körpergröße
Blutgruppe	Blutdruck
Trinken Sie Alkohol?	Rauchen Sie? (wenn ja, wie viel?)
Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?	
Wie viel Litern trinken Sie pro Tag und was?	
Treiben Sie Sport? Wenn ja, welchen?	
Wie schlafen Sie? Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit _____), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, heiße Füße, Zähneknirschen	
Schlafrhythmus übliches zu Bett gehen _____ übliches Aufstehen _____	

Sollten Sie Fragen zum Befundbogen haben, klären wir diese gern bei unserem ersten Gespräch.