

## **PATIENTENFRAGEBOGEN**

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte nehmen Sie sich etwas Zeit zum Durcharbeiten und Ausfüllen dieses Fragebogens. Die nachfolgenden Fragen betreffen Ihre Person und Ihre Krankengeschichte. Auch Fragen von denen sie denken, dass sie nichts mit Ihren aktuellen Beschwerden zu tun haben, können für mich bei der Mittelwahl von großer Bedeutung sein.

Versuchen Sie möglichst frei und ungehemmt die einzelnen Punkte ausführlich zu beantworten.

Die Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und werden nicht an Dritte weitergegeben.

**1. Unter welchen Beschwerden leiden Sie?**

---

---

---

---

---

---

---

---

**2. Wann sind diese Beschwerden das erste Mal aufgetreten?**

---

---

**3. Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden?**

---

---

**4. Gibt es etwas was Ihre Beschwerden verschlechtert oder verbessert?**

---

---

---

---

---

---

**5. Treten Ihre Beschwerden zu einer bestimmten Tageszeit auf?**

---

---

---

---

---

**6. Bestehen bei Ihnen Vorerkrankungen?**

Wenn ja, welche?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**7. Wurden Sie schon einmal operiert?**

Wenn ja, welche OP wurde durchgeführt?

---

---

---

---

---

---

**8. Nehmen Sie z.Z. Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel ein?**

Wenn ja, welche?

---

---

---

---

---

---

---

---

**9. Haben Sie in dem vergangenen Jahr Antibiotika oder Cortison eingenommen?**

Wenn ja, bei welchen Beschwerden?

---

---

---

**10. Welche Kinderkrankheiten hatten Sie?**

(Zutreffendes bitte unterstreichen)

Masern, Mumps, Röteln, Ringelröteln, Windpocken,  
Scharlach, Keuchhusten

**11. Sind sie an einer Infektionskrankheit erkrankt?**

z.B. Tbc, Hepatitis etc.

---

---

---

---

**12. Welche Impfungen haben Sie bisher erhalten?**

---

---

---

---

---

---

**13. Bestehen bei Ihnen Allergien?**

Wenn ja, welche?

---

---

---

---

---

---

---

**14. Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister) bekannt?**

z.B.: Bluthochdruck, Herzerkrankungen, Schlaganfall, Blutzuckerkrankheit, Gicht, Rheuma, Infektionskrankheiten, Krebs, Asthma, Allergien, Neurodermitis, psychische Erkrankungen

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**15. Wie ist Ihr Appetit?**

---

---

**16. Wie viel trinken Sie täglich?**

---

**17. Was trinken Sie gerne?**

---

---

---

**18. Wie häufig haben Sie Stuhlgang?**

---

**19. Wie ist der Geruch, die Konsistenz Ihres Stuhls?**

---

---

**20. Wie häufig müssen Sie täglich Wasserlassen?**

---

**21. Stehen Sie nachts zum Wasserlassen auf?**

---

**22. Wie ist der Geruch, die Farbe des Urins?**

---

---

**23. Wie stark schwitzen Sie?**

---

---

**24. Schwitzen Sie auch nachts?**

Wenn ja, wie stark schwitzen Sie? Müssen Sie Ihre  
Wäsche wechseln?

---

---

---

**25. Wie riecht Ihr Schweiß?**

---

**26. Färbt Ihr Schweiß Ihre Wäsche gelb?**

---

**27. Wie häufig haben Sie Fieber?**

---

**28. Wann hatten Sie das letzte Mal Fieber?**

---

**29. Wie ist Ihr Schlaf, wachen Sie erholt auf?**

---

---

**30. Gibt es eine bevorzugte Schlafposition?**

---

**31. Leiden Sie unter Kopfschmerzen oder Schwindel?**

---

---

---

**32. Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen?**

Wenn ja, welche Stärke?

---

---

---

**33. Leiden Sie unter Nasennebenhöhlenentzündungen  
oder unter trockener Nasenschleimhaut?**

---

---

**34. Haben Sie häufiger Mandelentzündungen oder  
Entzündungen im Rachenbereich?**

---

---

**35. Wurden Ihre Mandeln, Polypen operativ entfernt?**

Wenn ja, wann?

---

---

**36. Bestehen oder bestanden bei Ihnen  
Mittelohrentzündungen?**

Wenn ja, seit wann?

---

---

**37. Leiden Sie unter Schwerhörigkeit?**

Wenn ja, seit wann und in welcher Stärke?

---

---

---

---

---

**38.Hatten Sie schon einmal einen Hörsturz oder leiden Sie an einem Tinnitus?**

Wenn ja, seit wann und in welcher Stärke?

---

---

---

**39.Wie stark ist Ihr Speichelfluss, hat er einen besonderen Geschmack?**

---

---

---

---

**40.Leiden Sie unter Zahnbeschwerden oder Zahnfleischbluten?**

---

---

---

---

**41.Haben Sie wurzelbehandelte Zähne oder einen Zahnersatz?**

Wenn ja, um welchen Zahn handelt es sich und mit welchem Material wurde er behandelt?

---

---

---

---

**42.Besteht bei Ihnen eine Schilddrüsenüber- oder -unterfunktion?**

Wenn ja, nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente ein?

---

---

---

---

**43.Leiden Sie unter Lungenbeschwerden wie z.B. Asthma, Bronchitis, Luftnot?**

---

---



**44. Bestehen bei Ihnen Beschwerden im Bereich des Herzkreislaufsystems?**

z.B. Bluthochdruck, Beklemmungsgefühle in der Brust, Schlaganfall etc.

---

---

---

---

---

**45. Leiden Sie unter Übelkeit, Appetitlosigkeit, Magenschmerzen, Sodbrennen?**

---

---

---

---

---

---

**46. Leiden Sie unter Verstopfungen, Durchfall, Blähungen, Hämorrhoiden?**

---

---

---

---

**47. Haben Sie Probleme mit der Gallenblase?**

z.B. ein Druckgefühl im Oberbauch, Gallensteine etc.

---

---

---

**48. Leiden Sie unter Fettunverträglichkeiten oder Leberbeschwerden?**

---

---

**49. Gibt es Beschwerden im Urogenitaltrakt?**

---

---

---

---

---

---

---

**50. Leiden Sie unter Brennen beim Wasserlassen, Nierenschmerzen oder -steinen?**

---

---

---

---

**51. Wie ist der Geruch, die Farbe Ihres Urins?**

---

---

---

**52. Für die weiblichen Patienten:**

**a) Leiden Sie unter Menstruationsbeschwerden?**

Wenn ja, wie äußern sich diese?

---

---

---

---

---

**b) Wie ist Ihr Zyklus?**

Regelmäßig, alle 28 Tage?

---

---

**c) Wie verhüten Sie?**

---

---

---

**53. Für die männlichen Patienten:**

**a) Leiden Sie unter Prostatabeschwerden?**

Wenn ja unter welchen Beschwerden leiden Sie?

---

---

---

---

**b) Haben Sie Beschwerden beim Wasserlassen?**

---

---

---

**54. Wie empfinden Sie Ihre Sexualität?**

z.B. vermindert, verstärkt, unbefriedigt

---

---

---

---

**55. Gibt es Beschwerden beim Verkehr?**

Wenn ja, welche?

---

---

---

**56. Gibt es Beschwerden mit der Haut?**

trockene Haut, fettige Haut, Juckreiz, Akne, Herpes,  
Warzen, Pilze

---

---

---

---

---

**57. Haben Sie fleckige, spröde, gerillte, weiße Nägel?**

---

---

**58.Rauchen Sie?**

Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich?

---

---

**59.Trinken Sie Alkohol?**

Wenn Ja, wie häufig und was trinken Sie?

---

---

---

**60.Wie würden Sie Ihre Stimmung beschreiben?**

---

---

---

---

---

---

---

**61.Wie würden Sie ihr Temperament beschreiben?**

---

---

---

---

---

---

---

---