Praxis MedFlow

Ihre Gesundheit, unser Anliegen

Oberstadt 3
8200 Schaffhausen
Tel. 052-6203480

Gesundheitsfragebogen
Praxis MedFlow

Sehr geehrte Patienten/innen,
für eine optimale Behandlung benötige ich einige Informationen zu Ihrem Gesundheitszustand. Dadurch ist es möglich mir ein umfassendes Bild über Ihre Beschwerden zu machen, und Sie somit optimal zu betreuen. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und werden nur zum Zwecke der Behandlung verwendet. Falls Ihnen das Ausfüllen Schwierigkeiten bereitet, sprechen Sie mich bitte an. Vielen Dank!

Name:……..Vorname:……..

Hausarzt/Facharzt……

Welche Beschwerden führen Sie zu mir (Was, seit wann, Auslöser, …)?
……
……
……
……

Welche Maßnahmen haben Sie gegen Ihre Beschwerden bereits unternommen?
……
……

Was erwarten Sie von meiner Behandlung?
……

Haben oder hatten Sie schon Beschwerden am Bewegungsapparat? Welche? ❍ JA/ ❍ NEIN
……

Gab es operative Eingriffe? Wann? ❍ JA/ ❍ NEIN
……

Nehmen Sie derzeit Medikamente ein? Welche? ❍ JA/ ❍ NEIN
……

Hatten Sie bereits Unfälle? ❍ JA/ ❍ NEIN
……

Haben oder hatten Sie Beschwerden mit den Kiefergelenken? ❍ JA/ ❍ NEIN
Haben oder hatten Sie Beschwerden an Herz oder Blutgefäßen? ❍ JA/ ❍ NEIN
Haben oder hatten Sie Beschwerden mit der Schilddrüse? ❍ JA/ ❍ NEIN
Haben oder hatten Sie Beschwerden an der Lunge oder den Atemwegen? ❍ JA/ ❍ NEIN
Haben oder hatten Sie Beschwerden an Leber, Galle oder Magen? ❍ JA/ ❍ NEIN
Haben oder hatten Sie Beschwerden am Darm oder Bauchspeicheldrüse? ❍ JA/ ❍ NEIN

Wie häufig haben Sie Stuhlgang (täglich / jeden 2. Tag / weniger)?

.....

Haben oder hatten Sie Beschwerden an Niere, Blase? ❍ JA/ ❍ NEIN
Haben oder hatten Sie Beschwerden an Gebärmutter oder Eierstöcken? ❍ JA/ ❍ NEIN
Sind Sie schwanger? ❍ JA/ ❍ NEIN
Hatten Sie Geburten? ❍ JA/ ❍ NEIN
Gibt es Menstruations- oder Wechseljahrsbeschwerden? ❍ JA/ ❍ NEIN
Haben oder hatten Sie Beschwerden an Prostata, Hoden oder Penis? ❍ JA/ ❍ NEIN
Haben Sie erbliche Krankheiten, oder leiden Sie an Rheuma oder Gicht? ❍ JA/ ❍ NEIN
Leiden Sie unter ständiger Müdigkeit oder Leistungsabfall? ❍ JA/ ❍ NEIN
Hatten Sie in den letzten Monaten ungewollten Gewichtsverlust? ❍ JA/ ❍ NEIN
Haben Sie oft leicht erhöhte Temperatur? ❍ JA/ ❍ NEIN
Schwitzen Sie nachts sehr stark? ❍ JA/ ❍ NEIN
Haben Sie nächtliche Schmerzen? ❍ JA/ ❍ NEIN
Leiden Sie unter Kopfschmerzen? ❍ JA/ ❍ NEIN
Leiden Sie unter Stress oder Schlafstörungen? ❍ JA/ ❍ NEIN
Haben oder hatten Sie eine psychische Erkrankung? ❍ JA/ ❍ NEIN
Haben oder hatten Sie eine Tumorerkrankung? ❍ JA/ ❍ NEIN
Leiden Sie unter Allergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten? ❍ JA/ ❍ NEIN
Rauchen Sie? Wenn Ja wie viel /Tag? ❍ JA/ ❍ NEIN
Gibt es oder gab es ein Problem mit einer Suchterkrankung? ❍ JA/ ❍ NEIN

Welchen Beruf üben Sie aus?

.....

Was sind Ihre überwiegenden Freizeitaktivitäten / Sport und wie häufig betreiben Sie diese?

.....

.....

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

.....

Datum, Unterschrift