

## Patientenbogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

Bitte lesen Sie die nachstehenden Fragen sorgfältig und beantworten Sie diese so genau wie möglich. Beim ersten Termin werde ich die Angaben mit Ihnen besprechen, so sparen wir wertvolle Zeit für die Behandlung.

### Persönliche Daten:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Strasse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_ e-Mail: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: Privat  Gesetzlich  Beihilfe  \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf CoAnima aufmerksam geworden? Internet  Bekannte

Empfehlung durch: \_\_\_\_\_

### Anamnese:

Aktuelle Beschwerden (in Stichworten): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bisherige Untersuchungen wegen dieser Beschwerden: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßige Medikamente ein? Ja  Nein  Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

### Schwangerschaft und Geburt:

Wurden Sie per Kaiserschnitt oder natürlich geboren? Ja  Nein  weiß nicht

Wurden Hilfsmittel (Saugglocke, Zange, etc.) verwendet? Ja  Nein  weiß nicht

Hatte Ihre Mutter gesundheitliche Probleme während der Schwangerschaft?

Ja  Nein  weiß nicht  Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

### Nur für Frauen

Erste Menses \_\_\_\_\_ Menses, regelmäßig? Nein  Ja  ; Schmerzhaft? Nein  Ja

Hatten Sie Schwangerschaften? Nein  Ja  Wenn ja, Anzahl? \_\_\_\_\_

Natürliche Geburten? Ja  Nein  Wenn nein, wie genau? \_\_\_\_\_

Leiden Sie an Wechseljahresbeschwerden? Nein  Ja  Wenn ja, unter welchen?  
\_\_\_\_\_

Nehmen Sie Verhütungsmittel? Nein  Ja  Wenn ja welche? \_\_\_\_\_

### **Operationen:**

Wurden Sie operiert? Nein  weiß nicht  Ja  Wenn ja, wann, was und wo am Körper? \_\_\_\_\_

Gab es Komplikationen oder Beschwerden? Nein  Ja  Wenn ja, welche und wie lange? \_\_\_\_\_

Hatten Sie Unfälle oder Stürze? Nein  Ja  Wenn ja, wann, was und wo am Körper? \_\_\_\_\_

Treiben Sie Sport? Nein  Ja  Wenn ja, welchen Sport? \_\_\_\_\_

Wie häufig? selten  regelmäßig  \_\_\_\_\_

Gehen Sie regelmäßig zum Arzt? Nein  Ja  Wenn ja, wann zuletzt? \_\_\_\_\_

Gehen Sie zur Krebsvorsorge? Nein  Ja  Wenn ja, wann zuletzt? \_\_\_\_\_

Zähne / Kiefer: Zahnschiene  Zahnspange  Amalgamfüllungen

Kiefergelenkprobleme ? Nein  Ja

### **Krankheiten:**

Leiden Sie an folgenden Krankheiten?

Herzleiden  Krebsleiden  Lungenleiden  Osteoporose  Rheuma  Aids

Diabetes  Bluthochdruck  Bandscheibenvorfall  Prostata  Zähneknirschen

Gesichtsschmerzen  Kopfschmerzen  Migräne  Schwindel  Tinnitus

Globusgefühl (Kloß im Hals)  Verspannungen o. Blockaden der Halswirbelsäure

Knieschmerzen  Rückenschmerzen  Fußschmerzen  Konzentrationsstörung

chronische Erschöpfung / Müdigkeit  Schlafstörungen  Nebenhöhlenentzündung

Medikamentenallergie? Nein  Ja  Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Heuschnupfen- / Pollenallergie? Nein  Ja  Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Nahrungsmittelallergie? Nein  Ja  Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie Narben? Nein  Ja  Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_