

Fragebogen zur Krankheitsgeschichte

Aktuelle Beschwerden

- Bitte schildern Sie in Ihren Worten die Hauptbeschwerden, die Sie zur Zeit haben, und wegen denen die Behandlung begonnen wurde. Können Sie eine Ursache oder ein Ereignis angeben, welches mit dem ersten Auftreten Ihrer Beschwerden zusammenhängen könnte?

Treten die Beschwerden häufiger auf?

- Bitte geben Sie an, bei welcher Gelegenheit eine Beschwerde auftritt bzw. am stärksten ist. Gibt es auch Situationen, in denen Sie üblicher Weise beschwerdefrei sind oder eine deutliche Erleichterung verspüren?

Wie ist der Einfluss von:

- Klimatischen Faktoren: Temperatur, Witterung, Jahreszeit
- Hitze/Kälte
- Feuchtigkeit, Trockenheit
- Drinnen/Draußen

Gibt es eine Veränderung auf Reisen?

- Meeresaufenthalt
- Gebirgsaufenthalt

Welchen Einfluss hat die Tageszeit?

Aktivität:

- Verändern sich die Beschwerden in Bewegung oder in Ruhe, bei geistiger oder körperlicher Anstrengung?
- Gibt es eine besonders ungünstige Position, in der die Beschwerden auftreten oder umgekehrt - eine Position, in der Sie sich besonders wohl fühlen?
- Stehen, Sitzen, Bücken, Liegen (Rücken-, Seiten-, Bauchlage, rechts links?) ...

Wann?	

Fragebogen zur Krankheitsgeschichte

Vegetative Anamnese

Sind Sie empfindlich gegen:

- bestimmte Personen/Verhaltensweisen
- Bekleidung
- Geräusche
- Gerüche
- Sonstiges

Schwitzen Sie viel?

ja nein

- Wann? In welchem Bereich?
- Schwitzen Sie auch spontan ohne Anlass?

ja gelegentlich nein

• Nachtschweiß:

ja gelegentlich nein

Hitzeempfindlichkeit:

ja gelegentlich nein

• Aufsteigendes Hitzegefühl:

ja gelegentlich nein

Kälteempfindlichkeit:

• Gefühl von innerer Kälte:

ja gelegentlich nein

• Kalte Extremitäten:

ja gelegentlich nein

Wann?	

Fragebogen zur Krankheitsgeschichte

Schlaf:

- Schlafposition: wie schlafen Sie ein?
- Haben Sie Schlafprobleme (Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen)? Wie wachen Sie auf (frühes oder häufiges Erwachen)?
- Gibt es Beschwerden, die Sie am Einschlafen hindern, oder wegen denen Sie erwachen?
- Träumen Sie viel? Gibt es wiederkehrende Themen oder besondere Träume, an die Sie sich erinnern?
- Leiden Sie nachts unter unruhigen Beinen?
 - ja gelegentlich nein
- Haben Sie nachts heiße Füße?
 - ja gelegentlich nein
- Empfinden Sie ihre Schlafqualität aktuell als ausreichend?
 - ja nein

Wie ist Ihre allgemeine Konstitution?

Schwächegefühl:

- ja gelegentlich nein

Schweregefühl: kennen Sie ein Schweregefühl in Kopf/Beinen oder anderen Bereichen:

- ja gelegentlich nein

Antriebsarmut:

- ja gelegentlich nein

Abgeschlagenheit:

- ja gelegentlich nein

Wann?	

Fragebogen zur Krankheitsgeschichte

Bauchraum (Abdomen)

- Druckgefühl im Oberbauch
- Völlegefühl
- Übelkeit
- Vermehrtes Aufstoßen
- Sodbrennen
- Erbrechen
- Organsenkungen

Extremitäten

- Taubheitsgefühl Hände
- Taubheitsgefühl Füße
- Krampfadern
- Schulterprobleme
- Arm- / Handprobleme
- Hüftprobleme
- Knieprobleme
- Bein- / Fußprobleme

Rücken

- HWS-Beschwerden
- BWS-Beschwerden
- LWS-Beschwerden
- Kreuzbeschwerden

Geschlechtsorgane/Sexualität

- Impotenz
- Unfruchtbarkeit
- sexuelle Unlust

Menstruation

- Mens unregelmäßig
- Zyklus < 28 Tage
- Zyklus > 28 Tage
- Mens schmerzhaft
- starke Blutung
- schwache Blutung
- Klimakterische Beschwerden
- letzte Mens (Datum)

Harnwege

- Häufiger Harndrang
- Hamträufeln

Fragebogen zur Krankheitsgeschichte

Harninkontinenz	□	□	□	□		
Urin dunkel	□	□	□	□		
Urin hell	□	□	□	□		
Schmerzen beim Wasserlassen	□	□	□	□		
Schlaf						
Einschlafstörungen	□	□	□	□		
Durchschlafstörungen	□	□	□	□		
zu frühes Erwachen	□	□	□	□		
Intensive Träume	□	□	□	□		
Herzklopfen	□	□	□	□		
Nachtschweiß	□	□	□	□		
unruhige Beine	□	□	□	□		
heiße Füße	□	□	□	□		
Blut/Immunsystem						
Infektanfälligkeit	□	□	□	□		
Gerinnungsstörungen	□	□	□	□		
- (Medikamente?)						
Blutarmut, Anämie	□	□	□	□		
Gewohnheiten, Medikamente						
Nikotin	□	□	□	□		
Alkohol	□	□	□	□		
Drogen	□	□	□	□		
Medikamente	□	□	□	□		
Sonst. _____	□	□	□	□		

Fragebogen zur Krankheitsgeschichte

- Index -

A		Glauben	8	Reisen	2
Abgeschlagenheit	7	Gynäkologische Anamnese	9	Religion	8
Abhängigkeiten	4			Rohkostanteil	5
Abneigungen	5	H		Rücken	14
Alkohol	4	Hals, Rachen	13	Ruhe	2
Alltag	4	Harnwege	15		
Angehörige mit ähnlichen		Hauptbeschwerden	2	S	
Beschwerden	10	Herz-Kreislauf-System	13	Schlaf	7, 15
Anstrengung	2	Hitze	2	Schlafposition	7
Antriebsarmut	7	Hitzeempfindlichkeit	6	Schlafqualität	7
Appetit	5	Hitzegefühl	6	Schwächegefühl	7
Auftreten	2	Hitzewallungen	9	Schwangerschaft	9
Augen	12			Schweregefühl	7
Ausbildungsgang	1	I		Schwitzen	6
		Impfungen	8	Sexualität	9
B		Initialien	1	Sitzen	2
Bauchraum (Abdomen)	14			Sonstiges	6
Bedeutung der Beschwerden	12	K		Sport	4
Bekleidung	6	Kälte	2	Stehen	2
Berufe der Eltern	8	Kälteempfindlichkeit	6	Stress	4
Beschwerden im Überblick	12	Kinderkrankheiten	8		
Bewegung	2	Klimakterium	9	T	
Blut/Immunsystem	15	Konstitution	7	Tageszeit	2
Bücken	2	Kopf- und Gesicht	12	Tai-Qi	8
		Krankenhausaufenthalte	9	Temperatur	2
D				Träume	7
Dauermedikation	4	L		Trockenheit	2
Draußen	2	Lebenseinstellung	3		
Drinnen	2	Lebensführung	4	U	
Drogen	4	Lebensmittelallergien	5	Unfälle	3
Durchschlafstörungen	7	lebensverändernde Ereignisse	3	Unverträglichkeiten	5
		Liegen	2	Ursache	2
E		Loge	8	Ursachen	3
Einschlafstörungen	7				
Ereignis	2	M		V	
Erwachen	7	Medikamente	4	Vegetarier	5
Essensrhythmus	5	Meditation	8	Vegetative Anamnese	6
Essgewohnheiten	5	Meeresaufenthalt	2	Veränderungen der Stimmung	
Extremitäten	14	Menstruation	14	und des Verhaltens	8
		Monatsblutung	9	Verdauungstrakt	13
F		Mund	13	Verlangen	5
Familie	10			Vorlieben	5
Fehlgeburten, Abtreibungen	9	N			
Feuchtigkeit	2	Nikotin	4	W	
				Witterung, Jahreszeit	2
G		O			
Gebirgsaufenthalt	2	Ohren	12	Y	
Geburten	9	Operationen	3, 9	Yoga	8
Gefühlsleben	12				
Geistliche Anamnese	8	P		Z	
Gemütsverfassung	8, 9	Partnerschaft	9	Zusammenhänge	3
Geräusche	6	Periode	9		
Gerüche	6	Position	2		
Geschlechtsorgane	9	prägende Erlebnisse	9		
Geschlechtsorgane/Sexualität	14	Psychische Anamnese	8		
Getränke	5				
Gewohnheiten, Medikamente	15	R			