Befundbogen

Mein Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mein Alter: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Meine Größe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mein Gewicht: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mein Familienstand: \_\_\_\_\_\_\_\_

Meine hauptsächlichen Beschwerden sind: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sie sind zum ersten Mal aufgetreten: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Meine Beschwerden treten wie folgt auf

 gelegentlich

 häufig

 tagsüber bei Belastung

 nur nachts

 bei Tag und bei Nacht

Meine Beschwerden empfinde ich momentan als

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Leicht mittel stark sehr stark unerträglich

Meine Lebensqualität ist beeinträchtigt

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Leicht mittel stark sehr stark unerträglich

Ich bin zurzeit:

 voll arbeitsfähig

 eingeschränkt arbeitsfähig

 nicht arbeitsfähig

Ich nehme/benötige momentan Schmerzmittel  ja  nein

Welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wie oft? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zusätzlich nehme ich folgende Medikamente ein: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Außerdem nehme ich folgende Nahrungsergänzungsmittel, Stärkungspräparate, Abführmittel, Augentropfen oder Vitamintabletten zu mir: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Meine Lebensgewohnheiten:

Ich rauche

 ja  nein Wie viel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Seit wann \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich trinke regelmäßig Alkohol

 ja  nein Wie oft \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Welchen \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich treibe Sport

 ja  nein Wie oft \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Welchen \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich esse Obst und Gemüse

 ja  nein Wie oft \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Wie viel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich esse Fleisch und Wurst

 ja  nein Wie viel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich esse Fisch

 ja  nein Wie viel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich schlafe gut

 ja  nein Wie viele Stunden pro Nacht \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich halte mich oft im Freien auf

 ja  nein

Ich habe in den letzten sechs Monaten eine Auslandsreise unternommen

 ja  nein

Das Reiseziel war: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In meiner Familie gibt es folgende Vorerkrankungen (z. B. Diabetes, Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen …)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Meine eigenen Vorerkrankungen (z. B. Asthma, Nierenprobleme, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, hoher Blutdruck, Diabetes, Rheuma, Rücken- und Gelenkerkrankungen) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich reagiere auf folgende Stoffe oder Medikamente allergisch oder mit Unwohlsein:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich wurde bereits operiert (bitte Krankheitsbild und Datum angeben)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich hatte folgende Unfälle (mit Datum) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Meine letzte Untersuchungen (Röntgen, Ultraschall, MRT, CT) waren wegen folgender Beschwerden am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterlagen und Aufnahmen liegen vor

 ja  nein

Insgesamt würde ich meinen Gesundheitszustand einstufen als

1 2 3 4 5 6

sehr gut gut mittelmäßig schlecht sehr schlecht unerträglich