

## Medizinischer Fragebogen

Ausgefüllt am: \_\_\_\_\_

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

Vorname: \_\_\_\_\_

Bei Kindern:

Name der Eltern \_\_\_\_\_

Geschlecht: männlich

weiblich

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

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

Telefon: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Körpergröße (cm): \_\_\_\_\_

Körpergewicht (kg): \_\_\_\_\_

Welche Tätigkeit üben Sie derzeit aus: \_\_\_\_\_

krankgeschrieben:

arbeitslos:

Schüler/Student:

Können Sie sich selber versorgen (alleine anziehen, duschen, essen gehen?)

ja

nein

Welche Erkrankungen wurden bei Ihnen diagnostiziert (bitte Befunde in Kopie beifügen)?

---

---

---

---

---

---

Welche Beschwerden bzw. Hauptsymptome liegen bei Ihnen vor?

---

---

---

---

---

Wann traten die Beschwerden das erste Mal auf?

---

Wie verlaufen die Beschwerden?

Sie bestehen dauernd.

Ja

Nein

Sie verlaufen schubweise.

Ja

Nein

Sie haben sich verschlechtert seit:

\_\_\_\_\_

Wovon sind Ihre Beschwerden abhängig?

- Wetter  körperliche Belastung  Aufregung   
Aufenthaltsort  Schadstoffkontakt  Sonstiges   
Essen

An welchen Orten treten die Beschwerden vorwiegend auf?

- Die Beschwerden sind ortsunabhängig.  
 In der Wohnung (Raum?) \_\_\_\_\_  
 Im Keller  
 Auf dem Dachboden  
 Im Tierstall  
 Im Zirkus oder im Zoo  
 In Wiese oder Feld  
 Im Wald oder in der Nähe von Büschen (welche?) \_\_\_\_\_  
 Im Auto  
 Bei Freunden oder Bekannten? (warum?) \_\_\_\_\_  
 Am Arbeitsplatz  
 An anderen Orten (welche?) \_\_\_\_\_

Gab es beschwerdefreie Zeiten?

- Ja  
wann? \_\_\_\_\_

wie lange? \_\_\_\_\_

bei welchem Anlaß? \_\_\_\_\_

- Nein

Bei welchen Tätigkeiten treten die Beschwerden verstärkt auf?

- entfällt  
 Hausarbeit (welche?) \_\_\_\_\_  
 Arbeiten in Hobby und Beruf (welche?) \_\_\_\_\_  
 Beim Sport  
 Beim Umgang mit Tieren (welche?) \_\_\_\_\_  
 Beim Einschalten der Heizung  
 Beim Rasenmähen  
 Beim Spaziergehen z. B. im Nebel  
 Beim Baden im Freien  
 Beim Saunieren oder ähnliches  
 Bei anderen Tätigkeiten (welche?): \_\_\_\_\_

Kommen Sie in Berührung mit Tieren bzw. bei welchen Tierkontakten treten Beschwerden auf?

- entfällt  Hund  Katze  Pferd  Rind  
 Meerschweinchen  Taube  Goldhamster  Kaninchen  
 sonstige Tiere: \_\_\_\_\_

Welche Untersuchungen (Allergietests, Blutbefunde, Schadstoffanalyse, Schwermetallbelastungen etc.) wurden bislang durchgeführt? (bitte Befunde in Kopie beifügen).

---

---

---

---

---

---

Waren Sie in den letzten Jahren in anderen Kliniken/Einrichtungen? Wenn ja, wann und wo? (bitte Entlassungsberichte in Kopie beifügen)

---

---

---

---

---

---

An welchen weiteren Vorerkrankungen leiden Sie? (wie z. B. Schwerhörigkeit, hohem Blutdruck, Diabetes, Depressionen usw.)

---

---

---

---

Zahnstatus:

Amalgamfüllungen:

Ja

wie viele: \_\_\_\_\_

Nein

Andere Füllungen bzw. Metalle:

Ja

welche und wie viele: \_\_\_\_\_

Nein

Kronen:

Ja  wenn ja, wie viele: \_\_\_\_\_

Nein

Implantate:

Ja  wenn ja, wie viele: \_\_\_\_\_

Nein

Inlays:

Ja  wenn ja, wie viele: \_\_\_\_\_

Nein

Rauchen, nehmen oder nahmen Sie früher Drogen? Wenn ja, wann und welche?

---

Liegt bei Ihnen eine psychische / psychiatrische Diagnose vor?

Ja, welche? (Befund in Kopie bitte beifügen)

Nein

---

Haben Sie Allergien und Unverträglichkeiten gegen bestimmte Medikamente?

Ja, wenn ja welche?

Nein

---

Welche Medikamente haben Sie früher eingenommen bzw. nehmen Sie noch ein?

Ich nehme z. Zt. keine Medikamente ein.

Ich nehme z. Zt. diese Medikamente:

---

---

---

Bestehen bei Ihnen Nahrungsmittelunverträglichkeiten bzw. -allergien

Nein

Ja, wenn ja, welche Unverträglichkeiten bzw. Allergien (bitte Allergiebefunde in Kopie beifügen):

---

---

---

Wie sind die Beschwerden nach Verzehr der sogenannten „Allergenen“ Nahrungsmittel?

nicht bekannt

Juckreiz

sonstiges (welche Beschwerden)

Hautausschlag

Übelkeit

---

---

Wurden bei Ihnen anderweitige Allergien (außer Nahrungsmittelallergien) diagnostiziert oder konnten Sie selbst allergische Reaktionen bei sich feststellen?

Ärztlich festgestellte Allergien:

---

---

Selbst festgestellte Allergien:

---

---

Wurde schon einmal eine Hyposensibilisierung (Desensibilisierung) durchgeführt?

Nein

Ja, wenn ja, wann, wo, wogegen und mit welchem Erfolg?

---

---

# 1. Haut

Keine Erscheinungen

Symptome	Keine	Schwach	Mäßig	Schwer
Schwellungen				
Rötungen				
Ausschläge				
Geschwüre				
Verfärbungen				
Blaue Lippen				
Blässe				
Haarausfall				
Vermehrter Haarwuchs				
Juckreiz				
Nagelveränderngen				
Zahnfleischveränderungen				

Nie	Gelegentlich	Häufig	Ständig

Anderes:

---

---





Depressivität				
Antriebsarmut				
Desinteresse				
Angstzustände				


Anderes:

---



---

#### 4. Atemwege

Keine Erscheinungen

Symptome	Keine	Schwach	Mäßig	Schwer
Schnupfen				
Laufende Nase				
Häufiges Niesen				
Trockene Nase				
Heiserkeit				
Reizhusten				
Husten mit Auswurf				
Asthmaanfälle				
Atemnot in Ruhe				
Atemnot bei Anstrengung				

Nie	Gelegentlich	Häufig	Ständig

Anderes:

---



## 5. Herz- und Kreislaufsystem

Keine Erscheinungen

Symptome	Keine	Schwach	Mäßig	Schwer
Herzrasen				
Herzstolpern				
Schwellungen der Knöchel und Unterschenkel				
Engegefühl in der Brust				
Schwindelgefühle				
Anfallartiges Blasswerden von Zehen Oder Fingern				
Atemnot in Ruhe				
Atemnot bei Anstrengung				

Nie	Gelegentlich	Häufig	Ständig

Anderes:

---



---

## 6. Blut

Keine Erscheinungen

Symptome	Keine	Schwach	Mäßig	Schwer
Blutungsneigung				
Blaue Flecken				
Nasenbluten				
Anfälligkeit für Infekte				

Nie	Gelegentlich	Häufig	Ständig

Anderes:

---



---



## 8. Harn- und Geschlechtsorgane

Keine Erscheinungen

Symptome	Keine	Schwach	Mäßig	Schwer
Vermehrter Urinfluß				
Verminderter Urinfluß				
Brennen beim Wasserlassen				
Veränderte Farbe des Urins				
Veränderter Geruch des Urins				
Urininkontinenz				
Veränderung der Monatsblutung				
Störung der Libido				
Störung der Potenz				

Nie	Gelegentlich	Häufig	Ständig

Anderes:

---



---

## 9. Muskeln, Glieder, Gelenke

Keine Erscheinungen

Symptome	Keine	Schwach	Mäßig	Schwer
Muskelschwäche				
Muskelzucken				
Muskelkrämpfe				
Schwellungen der Gelenke				
Bewegungseinschränkung				
Knochenbrüche				

Nie	Gelegentlich	Häufig	Ständig

Anderes:

---

## 10. Stoffwechsel

Keine Erscheinungen

Symptome	Keine	Schwach	Mäßig	Schwer
Gewichtszunahme				
Gewichtsabnahme				
Heißhunger				
Vermehrtes Durstgefühl				
Kälteempfinden				
Hitzewallungen				
Alkoholunverträglichkeit				

Nie	Gelegentlich	Häufig	Ständig

Anderes:

---

## 11. Schmerzen

Keine Erscheinungen

Symptome	Keine	Schwach	Mäßig	Schwer
Schmerzen				

Nie	Gelegentlich	Häufig	Ständig

Wo:

---

---