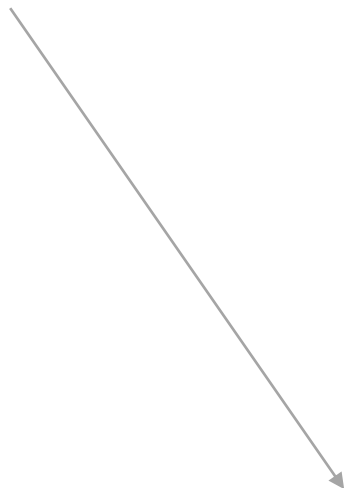


Liebe Patienten,
Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen an eine der folgenden Adressen, je nach Gesprächspartner:

Für Haus Neukirchen:

Spezialklinik Neukirchen
Stationäre Terminvereinbarung
Krankenhausstr. 9
93453 Neukirchen b. Hl. Blut
Deutschland

Für Haus Rötz:



Spezialklinik Neukirchen, Haus Rötz
Stationäre Terminvereinbarung
Neunburgerstr. 7
92444 Rötz
Deutschland



Medizinischer Fragebogen für umweltbedingte Erkrankungen (CFS, MCS, FMS)

Ausgefüllt am: _____

Name: _____

Vorname: _____

Bei **Minderjährigen**:

Name der Eltern _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Handy: _____

E-Mail: _____

Familienstand: _____

Krankenkasse: _____

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?

☐ 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?) _____

☐ Die Beschwerden sind ortsunabhängig.

Gab es beschwerdefreie Zeiten?

☐ Ja, wenn ja:

wann? _____

wie lange? _____

bei welchem Anlass? _____

☐ Nein

Haben Sie eine SARS-CoV-2 **Infektion (COVID-19)** durchgemacht?

☐ nein

☐ ja

Falls „ja“, wann und wie war der Verlauf:

Datum	Sehr leicht	Leicht	Schwer	Sehr schwer

Wurden Sie gegen SARS-CoV-2 **geimpft**? ☐ nein ☐ ja

Falls „ja“, wann und mit welchen Mitteln (mehrere Daten, falls zutreffend):

Datum	Impfstoff	Komplikationen/Nebenwirkungen
		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: _____
		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: _____
		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: _____
		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: _____

Gibt es Krankheiten/Beschwerden/Symptome die bei Ihnen erst nach einer COVID19-Infektion oder einer SARS-CoV-2-Impfung aufgetreten sind?

Monat/Jahr	Krankheiten/Beschwerden/Symptomen

Haben sich die Symptome Ihrer früheren Erkrankung nach der COVID-19 bzw. nach der SARS-CoV-2 Impfung verschlechtert?

☐ nein ☐ ja.

Monat/Jahr	Welche Krankheit oder welches Symptom / Wie hat sich verändert

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

Zahnstatus:

Amalgamfüllungen:

Ja ☐ wenn ja, wie viele: _____

Nein ☐

Andere Füllungen bzw. Metalle:

Ja ☐ wenn ja, welche und wie viele: _____

Nein ☐

Kronen:

Ja ☐ wenn ja, wie viele: _____

Nein ☐

Implantate:

Ja ☐ wenn ja, wie viele: _____

Nein ☐

Inlajs:

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, wenn ja, welche? (Befund in Kopie bitte beifügen)

☐ Nein

Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente (Allergien und Unverträglichkeiten)?

☐ 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 Reaktionen bzw. Beschwerden nach Verzehr der sogenannten „allergen“ Nahrungsmittel?

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | nicht bekannt | <input type="checkbox"/> | Hautausschlag |
| <input type="checkbox"/> | Juckreiz | <input type="checkbox"/> | Übelkeit |
| <input type="checkbox"/> | sonstiges (welche Beschwerden) | | |
-
-

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				
Nagelveränderungen				
Zahnfleischveränderungen				

Nie	Gelegentlich	Häufig	Ständig

Anderes:

2. Sinnesorgane

Keine Erscheinungen ☐

Symptome	Keine	Schwach	Mäßig	Schwer
Sehstörungen				
Doppelbilder				
Lichtempfindlichkeit				
Zittern der Augen				
Brennende Augen				
Tränende Augen				
Gelbverfärbung der Augen				
Augenentzündungen				
Ohrgeräusche				
Hörminderung				
Störung der Tastempfindlichkeit				
Geschmacksstörungen				
Riechstörungen				
Schnarchen / Atemaussetzer				

Nie	Gelegentlich	Häufig	Ständig

Anderes:

3. Nervensystem

Keine Erscheinungen ☐

Symptome	Keine	Schwach	Mäßig	Schwer
Abnorme Müdigkeit				
Schlafstörungen				
Gedächtnisstörungen				
Konzentrationsstörungen				
Bewusstseinsstörungen				
Ohnmacht				
Verwirrtheitszustände				
Leistungsverlust				
Sprachstörungen				
Krämpfe				
Bewegungsstarre				
Gleichgewichtsstörungen				
Schweißausbrüche				
Kälteempfindlichkeit				
Wärmeempfindlichkeit				
Kalte, schwitzige Hände				
Schwindel, Kollaps				
Stimmungslabilität				
Aggressivität				

[illegible]

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:

7. Verdauungstrakt

Keine Erscheinungen ☐

Symptome	Keine	Schwach	Mäßig	Schwer
Trockener Mund				
Vermehrter Speichel				
Sodbrennen				
Saures Aufstoßen				
Schluckbeschwerden				
Appetitverlust				
Appetitsteigerung				
Völlegefühl				
Übelkeit/Erbrechen				
Durchfall				
Verstopfung				
Bauchkrämpfe				
Farbveränderungen des Stuhles				

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				
Veränderng 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:

Unterschrift