Für Haus Neukirchen:

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

Schicken Sie uns bitte der ausgefüllte Fragebogen, mitsamt Kopien relevanter Befunde oder ärztlicher Berichte per Postweg an eine der beiden Anschriften. Vielen Dank!

Für Haus Rötz:

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

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

Tipp: Sie können die Tabulatortaste verwenden, um sich zwischen den Feldern zu bewegen

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

COVID-19

☐ Impfung und/oder ☐ durchgemachte Krankheit
Falls "ja", halten die Symptome seit mehr als 3 Monaten an? Welche?

Hat sich die vorher bereits bestehende Symptomatik dadurch verschlechtert? ◯ Ja ◯ Nein
Falls „ja“, welche und wie:

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 Spazierengehen 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 ☐ 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 Rekationen bzw. 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 (Desensibilierung) 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:

2. Sinnesorgane

Keine Erscheinungen ☐

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

Anderes:

3. Nervensystem

Keine Erscheinungen ☐

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

Depressivität								
Antriebsarmut								
Desinteresse								
Angstzustände								

Anderes:

4. Atemwege

Keine Erscheinungen ☐

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

Anderes:

5. Herz- und Kreislaufsystem

Keine Erscheinungen ☐

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

Anderes:

6. Blut

Keine Erscheinungen ☐

Symptome	Keine	Schwach	Mäßig	Schwer	Nie	Gelegentlich	Häufig	Ständig
Blutungsneigung								
Blaue Flecken								
Nasenbluten								
Anfälligkeit für Infekte								

Anderes:

7. Verdauungstrakt

Keine Erscheinungen ☐

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

Anderes:

8. Harn- und Geschlechtsorgane

Keine Erscheinungen ☐

Symptome	Keine	Schwach	Mäßig	Schwer	Nie	Gelegentlich	Häufig	Ständig
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								

Anderes:

9. Muskeln, Glieder, Gelenke

Keine Erscheinungen ☐

Symptome	Keine	Schwach	Mäßig	Schwer	Nie	Gelegentlich	Häufig	Ständig
Muskelschwäche								
Muskelzucken								
Muskelkrämpfe								
Schwellungen der Gelenke								
Bewegungseinschränkung								
Knochenbrüche								

Anderes:

10. Stoffwechsel

Keine Erscheinungen ☐

Symptome	Keine	Schwach	Mäßig	Schwer	Nie	Gelegentlich	Häufig	Ständig
Gewichtszunahme								
Gewichtsabnahme								
Heißhunger								
Vermehrtes Durstgefühl								
Kälteempfinden								
Hitzewallungen								
Alkoholunverträglichkeit								

Anderes:

11. Schmerzen

Keine Erscheinungen ☐

Symptome	Keine	Schwach	Mäßig	Schwer
Schmerzen				

Nie	Gelegentlich	Häufig	Ständig

Wo:

Unterschrift