

BEFUND

Allgemeine Daten:

Name: Adresse:
Tel.: Email:
Geb.Datum:
Größe: Gewicht:
Beruf: Familienstand:
Kinder: Hobbys:

Ich komme aus folgendem Anlass:

Seit wann haben Sie die Beschwerden?

Bitte geben Sie auf einer Skala von 0 (kein Schmerz) bis 10 (schlimmster vorstellbarer Schmerz) Ihr momentanes Schmerzempfinden an!

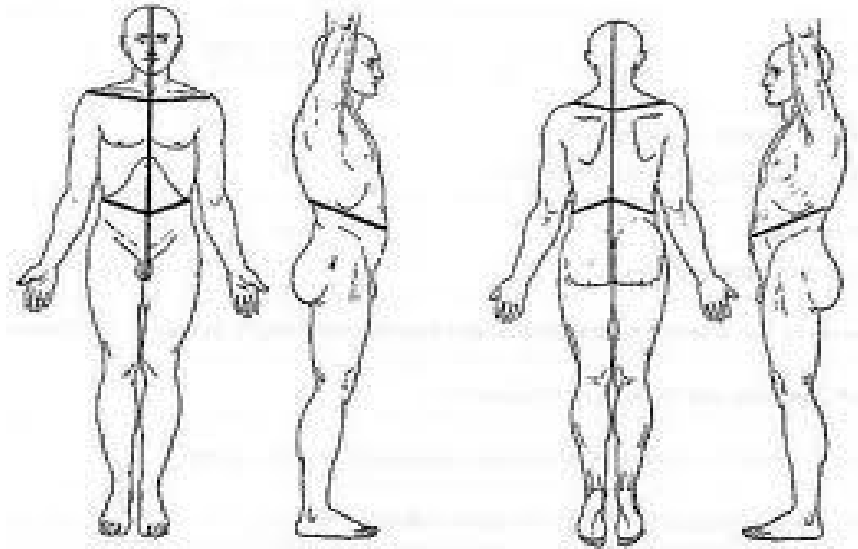
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

kein Schmerz

mäßiger Schmerz

stärkster Schmerz

Bitte markieren Sie den Ort Ihrer Beschwerden:



- X = Schmerzlokalisierung
 ----- = Ausstrahlung
 xxxxx = Taubheitsgefühl

Schmerzverlauf, bitte ankreuzen!

- Der Schmerz hat seit dem Auftreten zugenommen
- Abgenommen
- Gleich geblieben
- Ständig da
- Der Schmerz ist nur zeitweise spürbar
- Zur Zeit habe ich keine akuten Schmerzen aber ich weiß dass sie immer wieder auftreten können

Treten die Beschwerden zu einer bestimmten Tages-/Nachtzeit auf?

- Morgens Mittags Abends Nachts

Wie fühlt sich der Schmerz an?

- | | | |
|----------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Stechend, hell | <input type="radio"/> dumpf | <input type="radio"/> pochend |
| <input type="radio"/> krampfend | <input type="radio"/> ziehend | <input type="radio"/> verbunden mit Kribbeln |
| <input type="radio"/> Wärme oder Kälte | <input type="radio"/> Schwere | <input type="radio"/> Brennen |
| <input type="radio"/> taub | <input type="radio"/> Verbunden mit Steifigkeit | |

Welche Faktoren haben Einfluss auf die Beschwerden?

Besser bei:

- | | | |
|---------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> Bewegung | <input type="radio"/> Im Stehen | <input type="radio"/> Im Liegen |
| <input type="radio"/> Im Sitzen | <input type="radio"/> In der Nacht | <input type="radio"/> Bei Ablenkung |
| <input type="radio"/> Am Morgen | <input type="radio"/> Am Abend | <input type="radio"/> In Ruhe |

Schlechter bei:

- | | | |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="radio"/> Bewegung | <input type="radio"/> Im Stehen | <input type="radio"/> Im Liegen |
| <input type="radio"/> Im Sitzen | <input type="radio"/> In der Nacht | <input type="radio"/> Bei Ärger/Stress |
| <input type="radio"/> Am Morgen, wird im Laufe des Tages besser | <input type="radio"/> Am Abend | |
| <input type="radio"/> In Ruhe | | |

Wo hatten Sie in den letzten Jahren Beschwerden, unabhängig vom aktuellen Problem? Bitte entsprechendes ankreuzen und Problembereich unterstreichen!

- Halswirbelsäule, Brustwirbelsäule, Lendenwirbelsäule
- Hüfte rechts, links Knie rechts, links Füße rechts, links
- Schulter re, li Ellenbogen re, li Hände re, li
- Beckenbereich re, li
- Kopf
- Kiefergelenk re, li (Schmerz, Knacken, Knirschen, Bewegung behindert)
- Sonstige Beschwerden (bitte kurz beschreiben)

Können Sie die Schmerzen provozieren? Wenn ja, wie (bestimmte Bewegung/ Tätigkeit)?

Sind Sie Schwanger? Ja Nein

Haben Sie Beschwerden im HNO-Bereich, auch abgelaufene Prozesse? Bitte wieder entsprechendes ankreuzen und unterstreichen!

- Nasennebenhöhle, Kieferhöhle, Stirnhöhle, Mittelohr
- Ohrgeräusche, laufende Nase, Schwerhörigkeit, Tinnitus
- Schwindel (ständig, bei Lagewechsel, nur manchmal, abhängig vom Blutdruck)

Beschwerden in den Bronchien, Lunge

- Häufige Bronchitis, Lungenentzündung, Asthma, allergische Atembeschwerden, Atemnot

Beschwerden im Herz-Kreislaufbereich?

- Bluthochdruck zu niedriger Blutdruck Beklemmung
- spürbare Herzschläge Herzstolpern Herzinfarkt
- Krampfadern gestaute Beine/ Arme, Thrombose, Embolien
- OP (wenn ja welche?)

Probleme im Verdauungsapparat?

- Blähungen, Völlegefühl, Krämpfe Verstopfungen, Durchfälle, Blut im Stuhl
- Sodbrennen Nahrungsmittelallergie
- Nahrungsmittel, die schlecht vertragen werden (z.B. auch Fett)

Beschwerden im urologischen Bereich?

- Blasenentzündungen, wie oft? Nierensteine
- Reizblase Prostata
- ständiger Harndrang, Probleme beim Wasserlassen/-halten

Gynäkologischer Bereich

- Schmerzen vor/ während der Regel Beschwerden während des Eisprungs
- Probleme in der Schwangerschaft
- Geburten? Ja/ Nein Anzahl der Geburten? Fehlgeburten?
- OP? wenn ja, welche?

Leiden Sie an folgenden Erkrankungen?

- Schilddrüsenerkrankung (Über- oder Unterfunktion) Tumore
- Diabetes Infektanfälligkeit
- Kopfschmerzen (wenn ja, wie häufig, wann treten diese auf, wo spüren Sie den Kopfschmerz?)

Sonstige Erkrankungen:

- Schlaganfall Multiple Sklerose Osteoporose
- Rheuma Bluter-Krankheit

Erfolgte OP's, ungefähre Zeitpunkt:

Datum (ca)	Art der OP

Unfälle, Stürze, Schleudertraumen?

Hier ist zu beachten, dass oft die ältesten Verletzungen den größten Einfluss auf den Körper haben, weil der Körper viele Jahre Zeit hat sich anzupassen.

1.

2.

3.

4.

usw.

Nehmen Sie Medikamente?

Blutdruckmittel

Blutverdünner

Magensäurehemmende Mittel

Pille

Schmerzmittel

Sonstige (welche?, für/gegen was?)

Noch ein paar wichtige Fragen im Allgemeinen:

Schlafen Sie nachts schlecht

Sind Sie oft müde

Kommen Sie nicht zur Ruhe

Schwitzen Sie nachts oft

Haben Sie immer wieder leicht erhöhte Temperatur

Sind Ihre Lymphknoten geschwollen oder schmerzhaft

Wie viel und was trinken Sie täglich

Welche Wünsche/ Erwartungen/ Ziele verbinden Sie mit der Therapie?

Datum:

Unterschrift: