

**Check Up – Bogen für den Ersttermin**  
(Ihre Angaben unterstehen der EU-DSGVO und der ärztlichen Schweigepflicht)

Name, Vorname:		Heutiges Datum:	
Geb. Datum:	Tel.Nr.:	Handy-Nr.:	
Was für Beschwerden führen Sie zu uns?:			
Seit wann leiden Sie unter diesen Beschwerden? (ungefähr):			
Welche anderen Ärzte haben Sie schon wegen dieser Beschwerden aufgesucht?:			
<b>Welche Regionen schmerzten i. d. letzten Woche? (bitte ankreuzen)</b>	<b>RECHTS</b>	<b>LINKS</b>	
<i>Kiefergelenk</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Schultergelenk</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Ellenbogen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Handgelenk</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Finger</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Knie</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Knöchel</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Fuß</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Oberarme</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Unterarme</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Gesäß/Hüfte</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Oberschenkel</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Unterschenkel (Wade/Schienbein)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Brustkorb</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Bauch</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie gerötete, geschwollene, heisse Gelenke ?	<u>JA</u> <input type="checkbox"/>	<u>NEIN</u> <input type="checkbox"/>	
Wenn JA: welche Gelenke sind es?			
Haben Sie Morgensteife in den Gelenken? Wenn JA, bitte ungefähre Minutenanzahl angeben:			
Wenn Sie unter Rückenschmerzen leiden: Wo? (Bitte einkringeln):			
<i>HALS/NACKEN      BRUST      LLENDE</i>			
Seit wieviel Jahren (ungefähr) leiden Sie an Rückenschmerzen?			
In welchem Alter (ungefähr) waren Sie zum 1. Mal wg. Schmerzen beim Arzt?			

Hatten Sie <u>in den letzten 3 Monaten</u> folgende Symptome? (bitte ankreuzen):	JA	NEIN
Kalte Hände oder Füße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trockener Mund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermehrtes Schwitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nichterholsamer Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nächtliches Zähneknirschen/-beißen/-pressen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstopfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsweise Atemnot (ohne vorherige Anstrengung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzrasen/Herzstolpern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einschlaf-, Kribbelgefühle oder andere Mißempfindungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abgeschlagenheit, Leistungsabfall (um wieviel Prozent ungefähr? :                   %)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentrationsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie stark waren folgende Symptome in der letzten Woche?:

	null	mild	mittel	stark
<i>Abgeschlagenheit</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Nichterholsamer Schlaf</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Konzentrations-/ Gedächtnisstörung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hatten Sie in den letzten 6 Monaten folgende Symptome?

	nein	ja
<i>Kopfschmerzen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Bauchschmerzen / -krämpfe</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Stimmungsprobleme / Depression</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jetzt noch einige Allgemeinfragen:

Haben Sie Vordiagnosen/ -erkrankungen (wie z.B. Hoher Blutdruck, Asthma, Schilddrüse usw.)?

Operationen i. d. Vorgeschichte?

<u>Beruf:</u>	<u>Kinderzahl:</u>	<u>Hobby:</u>
<u>Zigaretten pro Tag:</u>	<u>Sportart:</u>	<u>Haustier:</u>
<u>Grösse (in cm)</u>	<u>Gewicht (in kg):</u>	

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein? (bitte mit Dosis):

Läuft zurzeit ein Antrag auf Rente und/oder Grad der Behinderung? (bitte ankreuzen)

JA

NEIN