

Vorname (First Name)

Nachname (Last Name)

Beruf (Occupation)

Zuweisender Arzt / Hausarzt (Referring Doctor)

Grösse (Height)

Gewicht (Weight)

JA*

Gewichtsveränderung in den letzten Wochen oder Monaten (Recent Weight Changes)

ALLGEMEINES

(GENERAL)

- JA Befinden Sie sich im Krankenstand? (Currently on sick leave?)
- JA Nächtliches Schwitzen (Night Sweats)
- JA Schlafstörungen (Sleeping Disorders)
- JA Fieber (innerhalb der letzten Tage) (Recent Fever)
- JA Stuhlunregelmäßigkeiten (Bowel Movement Irregularity)
- JA Beschwerden beim Harnlassen (Urination Problems)

NIKOTIN

(NICOTINE)

- JA Raucher (Smoker)
- Zigaretten pro Tag (Cigarettes per day)
- Seit wievielen Jahren? (For how many years?)
- Wann aufgehört? (When did you quit?)

ALKOHOL

(ALCOHOL)

- JA täglich (Daily)
- JA gelegentlich (Occasionally)
- JA selten/nie (Rarely/Never)

FRÜHERE OPERATIONEN (PREVIOUS SURGERIES)

- JA Gelenke (Joints)
- JA Wirbelsäule (Spine) (inklusive Nervenwurzelblockaden)
- JA Magen-Darm (Gastrointestinal)
- JA Unterleib (Abdominal/Gynecological)
- JA Herz und Gefäße (Cardiovascular)
- JA Andere Operationen (Welche?) (Other)

BEKANNTE ALLERGIEN

(KNOWN ALLERGIES)

DERZEITIGE MEDIKAMENTE

(CURRENT MEDICATIONS)

JA Blutverdünnung (Blood Thinners)
[z.B. Marcoumar, Plavix, Thrombo-Ass]

FRÜHERE ERKRANKUNGEN (PREVIOUS ILLNESSES)

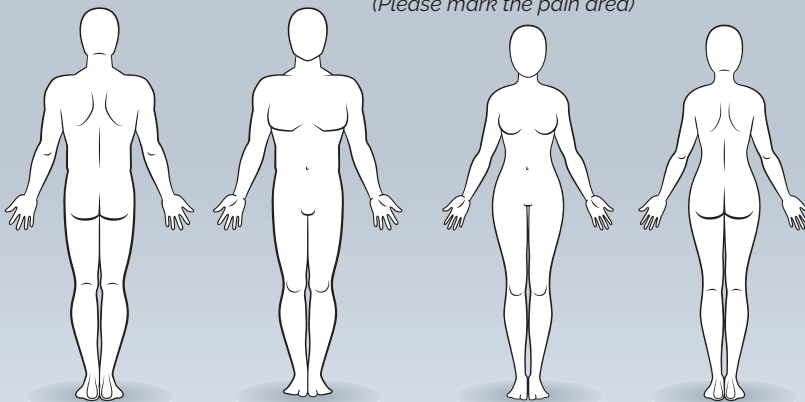
- JA Bluthochdruck (High Blood Pressure)
- JA Zuckerkrankheit (Diabetes)
- JA Blutfette (Blood Fats)
- JA Schilddrüse (Thyroid)
- JA Lungenerkrankung (Pulmonary Disease)
- JA Leber (Liver)
- JA Magen/Darm (Gastrointestinal)
- JA Bauchspeicheldrüse (Pancreatic)
- JA Niere (Kidney)
- JA Prostata/Eierstöcke/Gebärmutter (Prostate/Ovarian/Uterine)
- JA Krebserkrankung (Cancer)
- JA Venenerkrankung (Venous Disease)
- JA Herzinfarkt (Heart Attack/Intracardiac Catheter/Stents/Bypass)
- JA Schlaganfall (Stroke) (Wann, wo behandelt/Reha/Karotisstenose bekannt?)

- JA Parkinson (Parkinson's)
- JA Multiple Sklerose (Multiple Sclerosis)
- JA Kopfschmerzen (Severe Headache)
- JA Demenz (Dementia)
- JA Epilepsie (Epilepsy) (Epilepsie-Syndrom bekannt?)
- JA Polyneuropathie (Polyneuropathy) (Ursache bekannt?)
- JA Muskelerkrankungen (Welche?) (Muscular Diseases)
- JA Andere Erkrankungen (Other) (Erkrankungen in der Familie z.B. Herz- oder Krebserkrankungen, Neurologische Erkrankungen?)

DURCHGEFÜHRTE UNTERSUCHUNGEN & BEHANDLUNGEN (RECENT EXAMINATIONS AND TREATMENTS)

- JA Herzuntersuchung (ECG) (EKG, Ultraschall, etc)
- JA Schrittmacher/Stents (Pacemaker/Stents)
- JA Magen-Darmspiegelung (Gastro-/Colonoscopy)
- JA Mammographie (Mammography)
- JA Physiotherapie/Physikalische Therapie (Physiotherapy/Physical Therapy)
- JA Ergotherapie (Occupational Therapy)
- JA Osteopathie (Osteopathy)
- JA Logopädie (Speech and Language Therapy)
- JA Implantate/Metalle (Implants/Metals)
- JA Lungenröntgen (Pulmonary X-Ray)
- JA urologische/gynäkologische Untersuchung (Urological/Gynecological Examinations)
- JA Weitere Untersuchungen (Other)

Schmerzlokalisierung (bitte Schmerz-Bereiche markieren)
(Please mark the pain area)



Schmerzskala (bitte Schmerz-Intensität markieren)

- Leichter Schmerz 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Starker Schmerz

GRUND FÜR IHREN HEUTIGEN BESUCH (REASON FOR YOUR VISIT)