

Vorname (First Name)

Nachname (Last Name)

Beruf (Occupation)

Zuweisender Arzt / Hausarzt (Referring Doctor)

Grösse (Height)

Gewicht (Weight)

JA*

Gewichtsveränderung in den letzten Wochen bzw. 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

Stuhlnunregelmäßigkeiten (Bowel Movement Irregularity)

JA

Beschwerden beim Harnlassen (Urination Problems)

Nikotin

(Nicotine)

JA

Raucher (Smoker)

Zigaretten pro Tag (Cigarettes Per Day)

Seit wievielen Jahren rauchen Sie? (For How Many Years?)

Wann aufgehört? (When Did You Quit?)

Alkoholkonsum

(Alcohol Consumption)

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 Medication)

JA

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

Frühere Erkrankungen (Previous Illnesses)

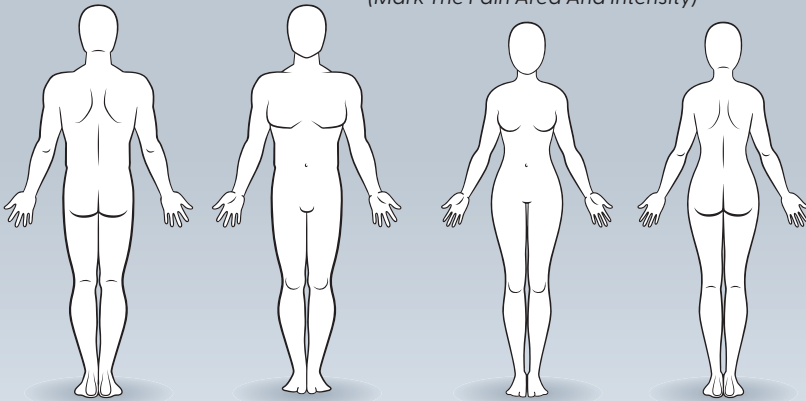
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> JA Bluthochdruck
(High Blood Pressure) | <input type="checkbox"/> JA Parkinson
(Parkinson's) |
| <input type="checkbox"/> JA Zuckerkrankheit
(Diabetes) | <input type="checkbox"/> JA Multiple Sklerose
(Multiple Sclerosis) |
| <input type="checkbox"/> JA Blutfette
(Blood Fats) | <input type="checkbox"/> JA Kopfschmerzen
(Severe Headache) |
| <input type="checkbox"/> JA Schilddrüse
(Thyroid) | <input type="checkbox"/> JA Demenz
(Dementia) |
| <input type="checkbox"/> JA Lungenerkrankung
(Pulmonary Disease) | <input type="checkbox"/> JA Epilepsie (Epilepsy)
[Epilepsie-Syndrom bekannt?] |
| <input type="checkbox"/> JA Leber
(Liver) | |
| <input type="checkbox"/> JA Magen/Darm
(Gastrointestinal) | |
| <input type="checkbox"/> JA Bauchspeicheldrüse
(Pancreatic) | <input type="checkbox"/> JA Polyneuropathie (Polyneuropathy)
[Ursache bekannt?] |
| <input type="checkbox"/> JA Niere
(Kidney) | |
| <input type="checkbox"/> JA Prostata/Eierstöcke/Gebärmutter
(Prostate/Ovarian/Uterine) | |
| <input type="checkbox"/> JA Krebserkrankung
(Cancer) | <input type="checkbox"/> JA Muskelerkrankungen [Welche?]
(Muscular Diseases) |
| <input type="checkbox"/> JA Venenerkrankung
(Venous Disease) | |
| <input type="checkbox"/> JA Herzinfarkt
[Herzkatheter, Stent/Bypass]
(Heart Attack/Intracardiac Catheter,
Stents/Bypass) | <input type="checkbox"/> JA Andere Erkrankungen (Other)
[Erkrankungen in der Familie z. B.
Herz- oder Krebserkrankungen,
Neurologische Erkrankungen?] |
| | |
| <input type="checkbox"/> JA Schlaganfall (Stroke)
[Wann, wo behandelt/Reha/
Karotisstenose bekannt?] | |
| | |

Durchgeführte Untersuchungen bzw. Behandlungen

(Recent Examinations and Treatments)

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> JA Herzuntersuchung (ECG)
[EKG, Ultraschall, etc] |
| <input type="checkbox"/> JA Schrittmacher/Stents
(Pacemaker/Stents) |
| <input type="checkbox"/> JA Magen-Darmspiegelung
(Gastro-/Colonoscopy) |
| <input type="checkbox"/> JA Mammographie
(Mammography) |
| <input type="checkbox"/> JA Physiotherapie/
Physikalische Therapie
(Physiotherapy/Physical Therapy) |
| <input type="checkbox"/> JA Ergotherapie
(Occupational Therapy) |
| <input type="checkbox"/> JA Osteopathie
(Osteopathy) |
| <input type="checkbox"/> JA Logopädie
(Speech and Language Therapy) |
| <input checked="" type="checkbox"/> JA Implantate/Metalle
(Implants/Metals) |
| <input type="checkbox"/> JA Lungenröntgen
(Pulmonary X-Ray) |
| <input type="checkbox"/> JA Urologische/Gynäkologische
Untersuchung
(Urological/Gynecological
Examinations) |
| <input type="checkbox"/> JA Weitere Untersuchungen
(Other) |

Schmerzlokalisierung [bitte Schmerz-Bereiche markieren]
(Mark The Pain Area And Intensity)



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)