

Patientenfragebogen **DAI 1** (BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN)

Name, Vorname _____ m ☐ w ☐ d ☐
 Geschlecht

Straße, Hausnummer _____ PLZ, Ort _____ Größe: _____
 Gewicht: _____

Telefon Privat _____ Telefon geschäftlich _____ Telefon mobil _____ Fax _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____ E-Mail-Adresse _____

Versicherungsverhältnis: ☐ Privat ☐ Zusatzversicherung ☐ Selbstzahler

Bei Versicherung: _____

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich.
Bitte Kreuzen Sie das Zutreffende an.

Vorbefunde/Patientengeschichte

Bekannte Grunderkrankungen:	
Kinderkrankheiten:	
Familiär gehäuft aufgetretene Erkrankungen:	
Krebs oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Familie):	
Impfungen:	
Wurde in der Vergangenheit häufig Antibiotika eingenommen?	
Werden Medikamente eingenommen?	☐ Nein ☐ Ja dann bitte auf S.3 ausfüllen
Werden Nahrungsergänzungsmittel eingenommen?	☐ Nein ☐ Ja dann bitte auf S.3 ausfüllen
Wie oft haben Sie Stuhlgang?	_____ x täglich _____ x wöchentlich
Welche Konsistenz hat Ihr Stuhl?	☐ wässrig ☐ breiig ☐ geformt ☐ wechselhaft
Laborwerte (Aktuelle Fremdbefunde)	☐ Ja ☐ Nein

Gesundheitszustand

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

Hoher Blutdruck	
Niedriger Blutdruck	
Herzklappenerkrankungen/-defekt	

Herzerkrankungen	
Herzoperationen	
Herzschrittmacher	

Gynäkologisch Erkrankungen:

Gebärmutter	
Eierstock	
Brust	

Schwangerschaft Komplikationen	
Zyklusbeschwerden	
Klimakterische Beschwerden	

☐ Einnahme von Hormonen/Pille? Wenn ja, welche? _____

Infektionskrankheiten:

HIV	
Hepatitis	
Tuberkulose	

Allergien und Unverträglichkeiten

Antibiotika		Welche:
Schmerzmittel		Welche:
Lokalanästhetika		Welche:

Andere:

Weitere Erkrankungen:

Blutgerinnungsstörungen	
Asthma	
Lungenerkrankungen	
Schilddrüsenerkrankungen	
Rheuma	

Epilepsie	
Diabetes	
Nierenfunktionsstörungen	
Ohnmachtsneigungen	

Andere: _____

Haben oder hatten Sie Amalgam- oder Palladiumfüllungen? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, wann wurden sie entfernt? _____

Wenn vorhanden, bringen Sie bitte eine aktuelle Panoramaröntgenaufnahme (nicht älter als 3 Monate) ihres Zahnarztes mit.

Haben Sie Narben? Wo? _____

Schlaf

Wie viele Stunden schlafen Sie pro Nacht? _____

Sind Sie nach ausgiebigem Schlaf erholt und fühlen sich frisch? ☐ ja ☐ nein

Wie hoch bewerten Sie Ihre Stress- und seelische Belastung? _____

Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich? _____

Welche Medikamente und/ oder Nahrungsergänzungsmittel (NEM) nehmen Sie ein und seit wann?

Bitte genau notieren!

Name des Medikaments / des Nahrungsergänzungsmittel (NEM) und Dosierung:

Einnahme seit:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Risikofaktoren

Körpergewicht und -größe:	
Körperform:	
Schlafverhalten (Ein- und Durchschlafen, Dauer):	
Schnarchen, Schlafapnoe (seit wann?):	
Genussgifte (Alkohol, Drogen, Tabak etc.):	
Rauchen Sie? Wie viele pro Tag? Seit wann?	
Schwanger? Welche Woche?	
Wohnverhältnisse (ruhig, laut):	

Stressoren

Berufsleben:	
Beziehung/Familie:	
Andere:	

Ernährung

Was und wieviel nehmen Sie zu sich? Bitte genau ausfüllen!

	Ja	nein	wieviel	Wie oft
Zucker				
Milchprodukte				
Weißmehlprodukte				
Eier				
Nüsse				
Süßigkeiten				
Kuchen				

Auf welche Lebensmittel können Sie schwer verzichten?

Wieviel und was genau trinken Sie täglich? Bitte genau ausfüllen!

Wie viele Mahlzeiten pro Tag?	
Tägliche Trinkmenge (nicht Alkohol):	
Ernährungsform:	☐ Mischkost ☐ Vegetarisch ☐ Vegan ☐ Keto ☐ Sonstige
Ernährung ausgewogen oder einseitig:	
Werden viele Fertigprodukte verzehrt?	
Wird mehr Fleisch oder Gemüse gegessen?	
Werden viele isolierte Kohlenhydrate verzehrt (Süßigkeiten, Limoade, etc.?)	
Wird dem Essen viel Zeit geschenkt?	
Wird in Gesellschaft gegessen?	
Welche Nahrungsmittel werden scheinbar schlecht vertragen?	
Gibt es Phasen in Ihrem Leben, in denen Sie keine Darmbeschwerden haben und scheinbar alles essen können?	

Beschwerdebild

Art und Ort der Beschwerden?	
Wann sind die Beschwerden erstmalig aufgetreten?	
Gibt es ein Ereignis, welches mit dem Auftreten in Verbindung gebracht werden kann (körperlicher und/oder seelischer Art)?	
Treten Beschwerden im Gastro-Intestinal-Trakt nach der Nahrungsaufnahme auf?	
Was lindert die Beschwerden allgemein (Wärme, Kälte, Ruhe etc.)?	
Gibt es körperliche Veränderungen, die erstmalig aufgetreten sind (Ausfluss, Hauterscheinungen, Verhärtungen etc.)?	

Welche Beschwerden belasten Sie am meisten?

Welche Behandlungen haben Sie bisher erhalten? Mit welchem Erfolg?

Auf einer Skala von 1 (wenig), 7 (extrem), 10 (ich fühle mich total eingeschränkt),

Wie stark fühlen Sie sich beeinträchtigt durch die Beschwerden? _____

Woran würden Sie merken dieses Ziel erreicht zu haben? _____

Was wäre ein wichtiges Anliegen bei Ihrer Immuntherapie? _____

Bewegung/Freizeitverhalten

Regelmäßiger Sport bei dem Sie außer Atem kommen:	
Regelmäßiges Spazieren gehen:	
Regelmäßiger Aufenthalt im Freien:	
Gibt es einen Freundeskreis?	
Teilnahmen an gesellschaftlichen oder kulturellen Ereignissen:	

Selbsteinschätzung

Beschreiben Sie sich in einem Satz:	
Was bedrückt Sie am meisten?	
Woran haben Sie am meisten Freude?	
Würden Sie ihr Leben als strukturiert bezeichnen?	
Gab es in der letzten Zeit irgendwelche körperlichen oder psychischen Veränderungen, die Sie sich nicht erklären können?	

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

☐ mündliche Empfehlung

Im Internet auf:

☐ Praxis-Homepage über Google

☐ Jameda

☐ Imedo

☐ Biomedizin-Blog

☐ Sonstiges (bitte um Angabe) _____

Ich möchte gern den **unoDenta** Newsletter erhalten: ☐ Ja ☐ Nein

Datum

Unterschrift Patient und Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter

Bitte geben Sie die Bögen zeitnah in der Praxis ab.