

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen zu Ihrem Aufenthalt in der Klinik Dr. Buchinger in Bad Pyrmont.

Wir sind stets bemüht, Ihnen einen angenehmen und erfolgreichen Aufenthalt in unserem Hause zu ermöglichen. Bitte haben Sie Verständnis für die Länge dieses Fragebogen, aber im Sinne der Ganzheitsmedizin ist es unbedingt notwendig, uns auf diesem Wege ein möglichst vollständiges Bild über unsere Patienten zu machen und dementsprechend gezielter behandeln zu können.

**Dieser Fragebogen unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht.**

Ihre  
Dr. Verena Buchinger-Kähler  
Leitende Ärztin

---

## ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN (AF1)

Wir bitten Sie, die folgenden Fragen so vollständig und genau wie möglich zu beantworten, um die ärztliche Aufnahme zu vereinfachen. Zutreffendes bitte ankreuzen (X).

Anrede:                      Herr              Frau

Titel:

Name:

Vorname:

Soll der Abschlussbericht an den Hausarzt gesandt werden?              ja              nein

Hausarzt:

Kontaktperson:

GRUND DES AUFENTHALTES

### SOZIALE ANAMNESE

ledig

verheiratet seit:

verwitwet seit:

geschieden seit:

Beruf:

Kinder (Alter):



# BUCHINGER

1920

## FAMILIENANAMNESE

Vater: lebt verstorben an: Alter:  
Mutter: lebt verstorben an: Alter:  
Geschwister (Anzahl):  
lebt verstorben an: Alter:  
lebt verstorben an: Alter:

## BEDEUTENDE KRANKHEITEN IN DER FAMILIE

Zuckerkrankheit (Diabetes) Rheuma Herzkrankheiten Übergewicht  
Bluthochdruck Psychische Erkrankungen (z. B. Depression)  
Krebserkrankungen:

## EIGENANAMNESE

### INFEKTIONSKRANKHEITEN

HIV/Aids Tropenkrankheiten Infektiöse Gelbsucht (Hepatitis A, B, C etc.)  
Andere:

### STOFFWECHSELKRANKHEITEN

Zuckerkrankheit, seit: Tabletten seit: Insulin seit:  
erhöhte Harnsäure oder Gicht  
erhöhte Blutfette, seit: Schilddrüsenerkrankung  
Andere:

### OPERATIONEN

Mandeln	Datum:	Gelenke	Datum:
Blinddarm	Datum:	Magen/Darm	Datum:
Galle	Datum:	Brust	Datum:
Gebärm./Eierst.	Datum:	Prostata	Datum:
Schilddrüse	Datum:	Andere	Datum:

### SONSTIGE SCHWERE ERKRANKUNGEN, VERLETZUNGEN, UNFÄLLE

Datum/seit:  
Datum/seit:  
Datum/seit:

PSYCHOSOMATIK

Waren Sie schon einmal in psychiatrischer/psychotherapeutischer Behandlung?

nein                      ja, von – bis:

IST-ANAMNESE (ORGANSYSTEMBEZOGEN)

JETZIGE BESCHWERDEN

HERZ UND KREISLAUF

Ohnmachtsneigung	Venenleiden	Brustenge (Angina pectoris)	Herzrhythmusstörungen
niedriger Blutdruck, seit:		Bluthochdruck, seit:	
Atemnot:	in Ruhe	bei Belastung	
Wadenschmerz (anfallsweise):	in Ruhe	beim Gehen	

ATEMWEGE

häufige Infekte	Husten	chron. Bronchitis (COPD)	allergisches Asthma
Atemnot	Sinusitis (Nebenhöhlenentzündung)		

MAGEN-DARM

Sodbrennen	Übelkeit/Erbrechen	Aufstoßen	Magen-Darm-Geschwür
schmerzhafte Blähungen	Gallenkoliken	Gelbsucht	
Stuhlgang:			
regelmäßig	unregelmäßig	verstopft	Durchfall
Blut im Stuhl			

HARN- UND GESCHLECHTSORGANE

ungewollter Urinabgang	Harndrang	Harnwegsinfekte
Wasserlassen ohne Beschwerden:	häufig	nachts

Nur Männer:

Veränderung Uringstrahl	Potenzstörung
-------------------------	---------------



BUCHINGER  
1920

Nur Frauen:

Periode:

nein, Menopause seit:

ja, stark mittel

Beschwerden:

schwach regelmäßig unregelmäßig

Dauer:

Abstand:

Hormontherapie:

Erste Periode (ca.):

Letzte Periode (ca.):

Schwangerschaften:

Anzahl Geburten:

Letzte gynäkolog. Untersuchung:

Auffälligkeiten:

Kinderwunsch erfüllt? ja nein

#### ZENTRALES NERVENSYSTEM

Kopfschmerzen, seit:

Sehstörungen, seit:

Lähmungen, seit:

Empfindungsstörungen, seit:

Epilepsie, seit:

Schwindel, seit:

Hörminderung, seit:

Gedächtnisstörung, seit:

Schlaganfall, wann:

#### KNOCHEN & GELENKE

Weichteil- und Muskelschmerzen Schmerzen in der Wirbelsäule

Gelenkschmerzen:

#### HAUTANAMNESE

Allergien, und zwar: gestestet?

(evtl. mit näheren Angaben zu Häufigkeit, Art und Schweregrad)

Hauterkrankung, welche:

Haarausfall:

Juckreiz, wo:

#### VEGETATIVUM

Schlaf: gut schlecht

Schlafmittel Einschlafstörungen Durchschlafstörungen chronisch müde



BUCHINGER  
1920

Appetit: normal vermehrt vermindert Heißhungerattacken, wie oft:

Abneigung oder Allergien gegen best. Nahrungsmittel:

Durst: normal vermehrt vermindert Liter Gesamtaufuhr/Tag:

Nachtschweiß: nein ja Häufigkeit:

Schweiß/Hitzewallungen: nein ja Häufigkeit:

Kälte-/Wärmeempfindlichkeit: nein ja Häufigkeit:

Nervosität: nein ja Häufigkeit:

Konzentrationschwäche: nein ja Häufigkeit:

Grübelneigung/Depressivität: nein ja Häufigkeit:

#### MEDIKAMENTE

Medikamente (Wirkstoff): Dosis & Einnahmezeit:

#### RISIKOFAKTOREN/LEBENSSTIL

Nikotin, durchschnittlich täglich: Stück

Alkohol, durchschnittlich täglich: Liter Bier Wein Spirituosen

Koffein, durchschnittlich täglich: Tassen Kaffee

Drogen: nein ja, folgender Art & Häufigkeit:

Körperliche Bewegung: wenig ja, folgender Art & Häufigkeit:

Stress: nein ja, seit:

persönlich zwischenmenschlich beruflich

Übergewicht (ÜG): nein ja

Besteht in der Familie ÜG? nein ja, bei wem:

Hatten Sie ÜG in der Kindheit? nein ja

Hatten Sie ÜG in der Jugendzeit? nein ja, wann:

Wie hat sich Ihr Gewicht in den letzten Jahren entwickelt?



BUCHINGER  
1920

Nehmen Sie regelmäßige Mahlzeiten zu sich? ja nein

Beschreiben Sie Ihren gewöhnlichen Speiseplan:

Morgens:

Mittags:

Abends:

Zwischenmahlzeiten:

Bereitet Ihnen das Essen Freude?	mäßig	große	sehr große	
Wie sehr belastet Sie Ihr Gewicht?	kaum	mittel	stark	sehr stark
Häufige Diäten?	nein	ja		
Früheres Fasten?	nein	ja		
Bulimie oder Magersucht?	nein	ja, wann?		

---

**Vielen Dank für Ihre Geduld.**

Falls Sie den Fragebogen nicht vor Ihrer Anreise an uns senden können, bringen Sie ihn bitte zur Aufnahmeuntersuchung mit.