BUCHINGER
1920

MEDIZINISCHER FRAGEBOGEN

Wir sind stets bemüht, unseren Gästen einen angenehmen und erfolgreichen Aufenthalt in unserer Klinik zu ermöglichen. Bitte haben Sie Verständnis für die Länge dieses Fragebogens, denn im Sinne der Ganzheitsmedizin und zur bestmöglichen Vorbereitung unserer Ärztinnen und Ärzte ist es notwendig, die folgenden Fragen vollständig zu beantworten.

Wiederkehrende Gäste:
Besuchen Sie die BUCHINGER Klinik innerhalb von 3 Jahren ein weiteres Mal, tragen Sie bitte nur gesundheitliche Veränderungen seit Ihrem letzten Aufenthalt ein, zum Beispiel Operationen, Medikationen, Allergien und Unverträglichkeiten.

Senden Sie den ausgefüllten medizinischen Fragebogen und Ihre medizinischen Unterlagen (Arztbrief, Laborwerte, Entlassungsbrief usw.) bis spätestens 28 Tage vor Anreise an uns.
Bei kurzfristigen Buchungen (unter 28 Tage vor Anreise) schicken Sie uns den ausgefüllten medizinischen Fragebogen und Ihre medizinischen Unterlagen (Arztbrief, Laborwerte, Entlassungsbrief usw.) direkt zusammen mit Ihrem Behandlungsvertrag.

Bitte beachten Sie:
Sollte aufgrund der eingereichten medizinischen Unterlagen eine stationäre Fastentherapie nicht möglich sein, sind Sie von möglichen anfallenden Stornierungsgebühren laut unseren Allgemeinen Geschäftsbedingungen nur dann entbunden, sofern Sie Ihre Unterlagen fristgerecht eingereicht haben.

Dieser Fragebogen unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht.

Zutreffendes bitte ankreuzen (X).

Anrede: ☐ Frau ☐ Herr Titel:

Name: Vorname:

Soll der Abschluss an den Hausarzt gesandt werden? ☐ ja ☐ nein

Hausarzt:

Kontaktperson:

GRUND DES AUFENTHALTS

BUCHINGER
1920

SOZIALE ANAMNESE

☐ ledig ☐ verheiratet seit: ☐ verwitwet seit:

☐ geschieden seit: ☐ allein oder ☐ zusammen lebend

Beruf:

Kinder (Alter):

Tagesablauf: ☐ vorwiegend sitzend ☐ körperlich anstrengend

☐ viel reisend ☐ Schichtdienst

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 (z.B. Parasiten etc.):

wenn ja, seit wann:

STOFFWECHSELKRANKHEITEN

☐ Zuckerkrankheit, seit: Tabletten seit:

☐ Erhöhte Harnsäure oder Gicht

☐ Erhöhte Blutfette, seit: ☐ Schilddrüsenerkrankung

BUCHINGER
1920

☐ Andere:

OPERATIONEN

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

TRAUMA ODER SCHWERE KRANKHEITEN

Datum/seit:

Datum/seit:

Datum/seit:

PSYCHE

Waren Sie schonmal in psychiatrischer/psychotherapeutischer Behandlung?

☐ nein ☐ ja, von – bis:

Würden Sie uns den Grund verraten?

IST-ANAMNESE (ORGANSYSTEMBEZOGEN)

JETZIGE BESCHWERDEN

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

BUCHINGER
1920

ATEMWEGE

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

MAGEN-DARM

☐ Sodbrennen ☐ Übelkeit/Erbrechen ☐ Aufstoßen ☐ Magen-Darm-Geschwür
☐ schmerzhafte Blähungen ☐ Gallenkoliken/-steine ☐ Divertikel ☐ Hämorrhoiden

Stuhlgang:

☐ regelmäßig ☐ unregelmäßig ☐ verstopft ☐ Durchfall
☐ Blut im Stuhl Andere Auffälligkeiten:

HARN- UND GESCHLECHTSORGANE

☐ ungewollter Urinabgang ☐ Harndrang ☐ häufige Harnwegsinfekte
☐ Wasserlassen ☐ häufig ☐ nachts ☐ ohne Beschwerden

Nur Männer:

☐ Veränderung Urinstrahl ☐ Potenzstörung Veränderung Erektion in ☐ Qualität ☐ Häufigkeit
☐ Vermindertes sexuelles Begehren, seit:

Nur Frauen:

Periode & Zyklus:

☐ nein, Menopause seit: Beschwerden:
☐ ja, ☐ stark ☐ mittel ☐ schwach ☐ regelmäßig ☐ unregelmäßig ☐ schmerzhaft
Dauer: Abstand:
Hormontherapie:
Erste Periode (ca.): Letzte Periode (ca.):
Schwangerschaften: Anzahl Geburten:
Letzte gyn. Untersuchung: Auffälligkeiten:
Kinderwunsch erfüllt? ☐ ja ☐ nein
☐ Veränderung im sexuellen Begehren, seit:

BUCHINGER
1920

ZENTRALES NERVENSYSTEM

- ☐ Kopfschmerzen, seit:
- ☐ Sehstörungen, seit:
- ☐ Lähmungen, seit:
- ☐ Empfindungsstörungen, seit:
- ☐ Epilepsie, seit:
- ☐ Schwindel, seit:
- ☐ Hörminderung, seit:
- ☐ Gedächtnisstörung, seit:
- ☐ Tinnitus, seit:

KNOCHEN & GELENKE

- ☐ Weichteil- und Muskelschmerzen
- ☐ Schmerzen in der Wirbelsäule
- ☐ Gelenkschmerzen:

HAUTANAMNESE

- ☐ Allergien, und zwar: ☐ getestet?

Häufigkeit der Allergien:

Schweregrad der Allergien:

- ☐ Hauterkrankung, welche:
- ☐ Haarausfall:
- ☐ Juckreiz, wo:

VEGETATIVUM

Schlaf: ☐ gut ☐ schlecht

☐ Schlafmittel ☐ Einschlafstörungen ☐ Durchschlafstörungen ☐ chronisch müde

Nachtschweiß:	☐ nein	☐ ja	seit wann?	wie oft / Monat?
Schweiß/Hitzewallungen:	☐ nein	☐ ja	seit wann?	wie oft / Monat?
Kälte-/Wärmeempfindlichkeit:	☐ nein	☐ ja	seit wann?	wie oft / Monat?
Nervosität:	☐ nein	☐ ja	seit wann?	wie oft / Monat?
Konzentrationsschwäche:	☐ nein	☐ ja	seit wann?	wie oft / Monat?
Grübelneigung/Depressivität:	☐ nein	☐ ja	seit wann?	wie oft / Monat?

Energielevel: ☐ voller Energie ☐ mittelmäßig ☐ schlecht ☐ ausgebrannt

BUCHINGER
1920

Nimmt das Energielevel im Laufe des Tages ab? ☐ ja ☐ nein

Oder generelles Gefühl der Energielosigkeit? ☐ ja ☐ nein

MEDIKAMENTE

Medikamente (Wirkstoff):	Dosis & Einnahmezeit:

LEBENSSTILFAKTOREN

Drogen: ☐ nein ☐ ja, folgender Art & Häufigkeit:

Körperliche Bewegung: ☐ wenig ☐ ja, folgender Art & Häufigkeit:

Stress: ☐ nein ☐ ja, seit:

☐ persönlich ☐ zwischenmenschlich ☐ beruflich

Wie oft trinken Sie alkoholische Getränke?

Alkohol, durchschnittlich: Liter ☐ Bier ☐ Wein ☐ Spirituosen

☐ täglich ☐ wöchentlich ☐ selten ☐ gar nicht

Nikotin, durchschnittlich täglich: Stück

Koffein, durchschnittlich täglich: Tassen Kaffee

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:

BUCHINGER
1920

Wie hat sich Ihr Gewicht in den letzten Jahren entwickelt?

Aktuelles Gewicht: Größe:

ERNÄHRUNGSANAMNESE

INFORMATIONEN ZUM ESSVERHALTEN

Appetit: ☐ normal ☐ vermehrt ☐ vermindert

☐ Heißhungerattacken, wie oft:

Wann und um wie viel Uhr?

Durst: ☐ normal ☐ vermehrt ☐ vermindert Liter Gesamtzufuhr/Tag:

Wie oft trinken Sie energiereiche Getränke (z.B. Limonade, Säfte)?

☐ täglich ☐ wöchentlich ☐ selten ☐ gar nicht

Nehmen Sie regelmäßig Mahlzeiten zu sich? ☐ ja ☐ nein

Beschreiben Sie Ihren gewöhnlichen Speiseplan:

Morgens:

Mittags:

Abends:

Haben Sie regelmäßige Essenszeiten? ☐ ja ☐ nein

Nehmen Sie Zwischenmahlzeiten zu sich? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wie viele?

BUCHINGER
1920

Wann ist Ihre Hauptmahlzeit? _____ Uhr

Essen Sie viel unterwegs? ☐ ja ☐ nein

Wie essen Sie?

☐ schnell ☐ langsam ☐ bewusst ☐ unregelmäßig

☐ beim Fernsehen ☐ Zeitung lesend ☐ Auswärts

Wann essen Sie mehr?

☐ bei Stress ☐ bei Ärger ☐ bei Nervosität ☐ bei Kummer ☐ in Gesellschaft

Was verbinden Sie spontan mit dem Wort Essen?

Bestehen Nahrungsmittelallergien oder -unverträglichkeiten/-intoleranzen? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

Welche Reaktion(en) zeigen Sie (z.B. Zunge schwillt an, Kratzen im Hals, Kopfschmerzen)?

Hatten Sie zu Ihrer Vorerkrankung bereits Ernährungsberatungen? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wann zuletzt?

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Datum, Unterschrift