Dr. med. Jürgen Schottdorf

Fragebogen vor der ersten Behandlung

Liebe Patientin, lieber Patient,

Schön, dass Sie sich zu einer Behandlung mit Akupunktur und Osteopathie entschlossen haben.

Wir wollen nicht nur Ihre hauptsächlichen Beschwerden, sondern Ihren gesamten Gesundheitszustand erfassen, um Sie als ganzen Menschen zu behandeln und Ihre Beschwerden nachhaltig zu heilen.

Deshalb bitten wir Sie, die anschließenden Fragen möglichst ehrlich und spontan in Stichworten zu beantworten. Dieser Fragebogen, den wir mit Ihnen besprechen werden, ist ein wichtiger Teil unseres ganzheitlichen Konzeptes.

Bitte drucken Sie diesen **Fragebogen und den Patientendatenbogen** aus und schicken ihn ausgefüllt ***vor*** der ersten Behandlung an unsere Praxis oder – wenn nicht möglich – bringen ihn ausgefüllt zur ersten Behandlung mit.

Ihre Daten werden **streng vertraulich** behandelt und an **niemanden** weitergegeben.

Dr. med. Jürgen Schottdorf
Ludwigstr.3
86316 Friedberg
praxis@dr-schottdorf.de

Dr. med. Jürgen Schottdorf

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Bitte tragen Sie hier Ihre Antworten ein oder unterstreichen Sie das Zutreffende.

Welche **Beschwerden** führen Sie zu uns?
Wie stark sind sie auf einer Skala von 1-10?
Seit wann und wie oft treten die Beschwerden auf? ständig / in Ruhe / bei Belastung
Welche Einschränkungen haben Sie im **Alltag**?
Bisherige Therapie: keine – oder: Physiotherapie, Spritzen, Medikamente, Massage, Behandlung beim Orthopäden, Krankengymnastik am Gerät, Eigentherapie mit Wärme/Salben, Fitnesstraining, Behandlung beim Heilpraktiker, Manuelle Therapie, Psychotherapie: bei: ..... welche Art: ..... Akupunktur bei……..... Osteopathie bei…….....
Was **erwarten** Sie von der Therapie?
Haben Sie durch ihre Erkrankung einen Vorteil?
Leiden oder litten Sie früher unter einer der folgenden inneren **Erkrankungen**? Hoher Blutdruck, Herzerkrankung, Schlaganfall, Nieren- oder Gefäßerkrankung Lungenerkrankung, Asthma, Allergie, Schnarchen Magen-Darm, Reflux, Verdauungsstörungen, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Nahrungsunverträgl. neurologische Erkrankung, Schwindel, Ohrgeräusch, Hör- oder Sehstörungen, Erkrankung im Zahn-, Kiefer-, Gesichtsbereich Stoffwechsel: Diabetes, Schilddrüse, Gicht Schwitzen, Nachtschweiß, Hitzewallungen Krebserkrankungen Corona-Infektion, wann:
Leiden oder litten Ihre Eltern oder Geschwister an körperlichen oder psychischen Krankheiten? Wenn ja, welche?

Bitte das Zutreffende ankreuzen: [ ] Unfall oder Operation vor kurzem, wenn ja wann: [ ] Knochenbrüche die noch nicht wieder gefestigt sind [ ] Fortgeschrittene Osteoporose, Knochenschwund und Neigung zu Knochenbrüchen [ ] Akuter Bandscheibenvorfall [ ] Ausgeprägte Rückenmarksfehlbildungen [ ] Lähmungen, die von der Lendenwirbelsäule ausgehen (Kauda-Syndrom) [ ] Akute Infektionskrankheiten und Schub entzündlicher Gelenkerkrankungen (Rheuma) [ ] Gutartige und Bösartige Tumore, Krebserkrankung sowie Metastasen [ ] Einnahme von blutgerinnungshemmenden Medikamenten (Marcumar, NOAK) [ ] Erkrankungen der Blutgefäße einschl. Dissektion der hirnversorgenden Gefäße
Schmerzen oder **Beschwerden** im Bereich von Kopf, Hals-, Brustwirbelsäule, Rippen, Lendenwirbelsäule, Becken, Hüfte, Knie, Fuß, Schulter, Ellbogen, Handgelenk, Steißbein, sonstige:…….
Leiden oder litten Sie früher unter **Gemütsstörungen**: Depression, Traurigkeit, Stimmungsschwankungen Störungen von Schlaf, Appetit, Ausdauer, Konzentration und Merkfähigkeit Probleme mit Partner, Familie, Arbeit
Hatten Sie **schwere Krankheiten, Unfälle, Verletzungen?** Waren Sie länger im Krankenhaus? (auch in der Kindheit)
Aktuelle Belastungen: Stress im Beruf, Schule/Studium, Beziehungsprobleme Stress mit den Kindern, den Eltern Andere:
Hatten Sie **jemals** ein stark **belastendes** oder **schreckliches** Erlebnis wie: Todesfall, Unfall, Verletzung, Schwangerschaft oder Geburt, Kränkungen, Entwertungen, Bestrafungen Scheidung der Eltern, Alkoholmissbrauch innerhalb der Familie Gewalterfahrung, Vernachlässigung, Missbrauch
Medikamente: Welche nehmen Sie ein?
Operationen: Was und wann?
Allergien: Leiden Sie darunter? haben Sie **Medikamente** nicht vertragen?
Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel?
Alkohol: Wie viel trinken Sie pro Tag?
Haben Sie geregelten **Stuhlgang**?
Wie oft gehen Sie **nachts** zur **Toilette**?
Schnarchen Sie? Wurde über Atemaussetzer berichtet?

Hatten Sie in den letzten 12 Monate eine Fernreise unternommen? Wenn ja, wohin und wie lange?
Wann erhielten Sie die letzten **Impfungen**? Bitte bringen Sie Ihren **Impfausweis** mit.
Sport, Beruf und Soziales:
Sport: Was, wie oft und wie viele Stunden?
Welchen **Beruf** üben oder übten Sie aus? Welchen Ihre Partnerin / Ihr Partner?
Leben Sie in **Partnerschaft**? Verheiratet, in Partnerschaft lebend, allein lebend, geschieden, verwitwet
Kinder: wie viele, wie alt?
Geburten: Anzahl: spontan oder Kaiserschnitt? Wie verliefen die Geburten?
Ernährung:
Was **essen** Sie hauptsächlich?
Was trinken Sie hauptsächlich
Wie viel Süßes essen Sie?
Was und wie häufig essen Sie zwischendurch?

Fragen zum Wohlbefinden:

Diese Fragen geben tiefen Einblick in Ihr psychisches Befinden. Dies ist wichtig, da die Psyche und der Körper ein eng verbundenes Ganzes sind. Nur wenn beides erfasst und behandelt wird, kann Gesundheit entstehen. Selbstverständlich sind diese Angaben freiwillig und werden ebenfalls streng vertraulich behandelt.

Bitte beantworten Sie diese Fragen, wie sie **in den letzten zwei Wochen** zugetroffen haben, indem Sie die Zahl der zutreffenden Zeile markieren.

A	1				**Trauer**: Ich fühle mich *nicht* **traurig**.
		2			Ich fühle mich traurig.
			3		Ich bin die ganze Zeit traurig und komme nicht davon los.
				4	Ich bin so traurig oder unglücklich, dass ich es kaum noch ertrage.
B	1				**Zukunftssicht**: Ich sehe *nicht* besonders **mutlos** in die Zukunft.
		2			Ich sehe mutlos in die Zukunft.
			3		Ich habe nichts, worauf ich mich freuen kann.
				4	Ich habe das Gefühl, dass die Zukunft hoffnungslos ist und dass die Situation nicht besser werden kann.
C	1				**Versagen**: Ich fühle mich *nicht* als **Versager**
		2			Ich habe das Gefühl, öfter versagt zu haben als der Durchschnitt
			3		Wenn ich auf mein Leben zurückblicke, sehe ich bloß eine Menge Fehlschläge
				4	Ich habe das Gefühl, als Mensch ein völliger Versager zu sein
D	1				**Genuss**: Ich kann die Dinge *genauso* **genießen** wie früher.
		2			Ich kann die Dinge nicht mehr so genießen wie früher.
			3		Ich kann aus nichts mehr eine echte Befriedigung ziehen.
				4	Ich bin mit allem unzufrieden oder gelangweilt.
E	1				**Schuldgefühle:** Ich habe *keine* **Schuldgefühle**.
		2			Ich habe häufig Schuldgefühle.
			3		Ich habe fast immer Schuldgefühle.
				4	Ich habe immer Schuldgefühle
F	1				**Bestraft**: Ich habe *nicht* das Gefühl, **gestraft** zu sein.
		2			Ich habe das Gefühl, vielleicht bestraft zu werden.
			3		Ich erwarte, bestraft zu werden.
				4	Ich habe das Gefühl, bestraft zu gehören.
G	1				**Enttäuschung**: Ich bin *nicht* von mir **enttäuscht**.
		2			Ich bin von mir enttäuscht.
			3		Ich finde mich fürchterlich.
				4	Ich hasse mich.

H	1				**Kritik**: Ich habe *nicht* das Gefühl, **schlechter** zu sein als alle anderen.
		2			Ich kritisiere mich wegen meiner Fehler oder Schwächen.
			3		Ich mache mir die ganze Zeit Vorwürfe wegen meiner Mängel.
				4	Ich gebe mir für alles die Schuld, was schiefgeht.
I	1				**Selbstmord**: Ich denke *nicht* daran, mir etwas anzutun.
		2			Ich denke manchmal an **Selbstmord**, aber ich würde es nie tun.
			3		Ich möchte mich am liebsten umbringen.
				4	Ich würde mich umbringen, wenn ich es könnte.
J	1				**Weinen**: Ich **weine** *nicht* öfter als früher.
		2			Ich weine jetzt öfter als früher.
			3		Ich weine jetzt die ganze Zeit.
				4	Früher konnte ich weinen, aber jetzt kann ich es nicht mehr, obwohl ich es möchte.
K	1				**Reizbarkeit**: Ich bin *nicht* **reizbarer** als sonst.
		2			Ich bin jetzt leichter verärgert oder gereizt als früher.
			3		Ich fühle mich dauernd gereizt.
				4	Die Dinge, die mich früher geärgert haben, berühren mich nicht mehr.
L	1				**Sozialer Kontakt**: Ich habe *nicht* das **Interesse an anderen** Menschen verloren.
		2			Ich interessiere mich jetzt weniger für andere Menschen als früher.
			3		Ich habe mein Interesse an anderen Menschen zum größten Teil verloren.
				4	Ich habe mein ganzes Interesse an anderen Menschen verloren.
M	1				**Entscheidungen**: Ich bin so **entschlussfreudig** wie früher.
		2			Ich schiebe jetzt meine Entscheidungen öfter als früher auf.
			3		Es fällt mir schwerer als früher, Entscheidungen zu treffen.
				4	Ich kann überhaupt keine Entscheidungen mehr treffen.
N	1				**Aussehen**: Ich habe *nicht* das Gefühl, schlechter **auszusehen** als früher.
		2			Ich mache mir Sorgen, dass ich alt oder unattraktiv aussehe.
			3		Ich habe das Gefühl, dass in meinem Äußeren Veränderungen eingetreten sind die mich unattraktiv machen
				4	Ich finde mich hässlich.
O	1				**Arbeit**: Ich kann so *gut* **arbeiten** wie früher.
		2			Ich muss mir einen Ruck geben, bevor ich eine Tätigkeit in Angriff nehme.
			3		Ich muss mich zu jeder Tätigkeit zwingen.
				4	Ich bin unfähig zu arbeiten.

P	1				**Schlaf**: Ich **schlafe** so *gut* wie sonst.
		2			Ich schlafe nicht mehr so gut wie früher.
			3		Ich wache ein bis zwei Stunden früher auf als sonst und kann nicht mehr einschlafen.
				4	Ich wache mehrere Stunden früher auf als sonst und kann nicht mehr einschlafen.
Q	1				**Müdigkeit**: Ich **ermüde** *nicht* schneller als sonst.
		2			Ich ermüde schneller als früher.
			3		Fast alles ermüdet mich.
				4	Ich bin zu müde, um etwas zu tun.
R	1				**Appetit:** Mein **Appetit** ist *nicht* schlechter als sonst.
		2			Mein Appetit ist nicht mehr so gut wie früher.
			3		Mein Appetit hat stark nachgelassen.
				4	Ich habe überhaupt keinen Appetit mehr.
S	1				**Gewicht**: Ich habe in letzter Zeit *kaum* **abgenommen**.
		2			Ich habe mehr als 2 Kilo abgenommen.
			3		Ich habe mehr als 5 Kilo abgenommen.
				4	Ich habe mehr als 8 Kilo abgenommen.
					Ich esse absichtlich weniger, um abzunehmen: **1. ja: 2. nein:**
T	1				**Gesundheit**: Ich mache mir *keine* größeren **Sorgen** um meine Gesundheit als sonst.
		2			Ich mache mir Sorgen um körperliche Probleme, wie z.B. Schmerzen, Magen-beschwerden oder Verstopfung.
			3		Ich mache mir so große Sorgen um meine gesundheitlichen Probleme, dass es mir schwerfällt, an etwas anderes zu denken.
				4	Ich mache mir so große Sorgen um meine gesundheitlichen Probleme, dass ich an nichts anders mehr denken kann.
U	1				**Sexualität**: Ich habe in letzter Zeit *keine* Veränderungen meines Interesses an **Sex** bemerkt.
		2			Ich interessiere mich jetzt weniger für Sex als früher.
			3		Ich interessiere mich jetzt viel weniger für Sex.
				4	Ich habe das Interesse an Sex völlig verloren.

Weitere Fragen:
Wie verlief die Zeit, als **Ihre Mutter** mit **Ihnen schwanger** war? Wie war **Ihre Geburt,** also als **Sie** geboren wurden?

Bitte kreuzen Sie das zutreffende an:	nie	kaum	etwas	mittel	ja	sehr stark
Fragen an Frauen						
Der Geschlechtsverkehr ist schmerzhaft						
Ich verliere ein paar Tropfen Urin beim Lachen, Husten oder Niesen						
Sind Sie zwischen **40 und 70 Jahre** alt und leiden Sie an folgenden Symptomen: Zyklusschwankungen, Hitzewallungen und Schweißausbrüche, Herzrasen od. -Klopfen, Durchschlafstörungen mit nächtlichem Erwachen, Angst, Stimmungsschwankungen, Reizbarkeit, Depression, kognitive Einschränkungen, Erschöpfung trockene Haut oder Augen, trockene Scheide, Libidoverlust, Schmerz bei Geschlechtsverkehr, häufige Harnwegsinfekte, Haarausfall, Rücken- und Gelenkbeschwerden						
Fragen an Männer						
Meine Erektion und Potenz ist vermindert						
Ich habe Schwierigkeiten beim Wasserlassen, wie nicht hinauszögern können, schwacher Strahl, pressen müssen						

Was Sie für sich tun, dass es Ihnen **gut geht** und Sie sich **gut fühlen**	
Was hält Sie gesund, was ist gut in Ihrem Leben, was soll so bleiben?	
Was tun Sie regelmäßig für Ihre Gesundheit?	
Was tun Sie schon, wenn Sie sich schlecht oder niedergeschlagen fühlen?	
Was tun Sie bei Stress oder Ärger, privat / beruflich	
Was tun Sie für Ihre Partnerschaft / Beziehung	

Von wem wurden Sie zu uns geschickt oder wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit für diesen Fragebogen genommen haben.

Dr. med. Jürgen Schottdorf