



Befundbogen

I. Allgemeines:

Name/Vorname: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Geburtsdatum: _____

Krankenversicherung: _____

Beruf: _____

II. Aktuelle Beschwerden:

Wo befinden sich die Beschwerden? (zeichne ein)

Wie äußern sie sich? (ziehend, stechend, dumpf, etc.)

Wie stark sind sie? (kreuze an)

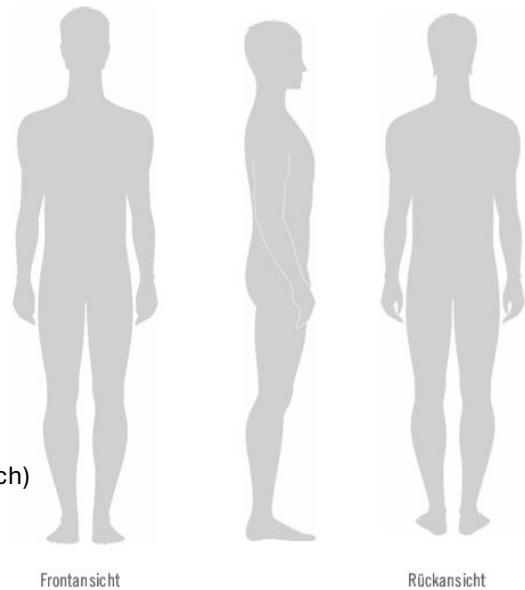
(kein Schmerz) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (max. Schmerz)

Auslöser? (Unfall, Sturz, Überbelastung, schleichend, plötzlich)

Wann sind die Beschwerden? (Tageszeit, Dauer)

Wodurch werden sie verschlimmert/verbessert?

Bisherige Behandlungen aufgrund der Beschwerden?





Treffen folgende Dinge zu? (kreuze an)

- ☐ Nachtschweiß
- ☐ Gewichtsverlust (>10% in den letzten 6 Monaten)
- ☐ Erhöhte Temperatur/ Fieber
- ☐ Dauerhafte Müdigkeit/ Erschöpfung
- ☐ Blut im Stuhl/ Urin

III. Gesundheitsstatus

Diagnostizierte Erkrankungen: (Stoffwechsel-, Kreislauf-, Organ-, Gelenk-, neurologische Erkrankung; Tumore)

Medikamente: (Name, Häufigkeit, Dauer der Einnahme, Nahrungsergänzungsmittel, etc.)

Allergien/Hauterkrankungen/Unverträglichkeiten:

Hilfsmittel: (Brille, Hörgeräte, Zahnprothesen, Gehstützen, Rollator, Rollstuhl, etc.)

Arztbesuche/ Krankenhausaufenthalte: (Operationen, Vorsorgeuntersuchungen, letzte Blutabnahme, Fachärzt*innen)

Unfälle:

Schlafverhalten: (Einschlafen, Durchschlafen, Hilfsmittel)



Ess-/ Trinkverhalten: (Diäten, Genussmittel wie Kaffee, Koffein; ungefähre Trinkmenge)

Suchtmittel: (Nikotin, Alkohol, Koffein, Drogen etc.; Häufigkeit, Dauer)

Stuhl-/Urinverhalten: (Häufigkeit, Regelmäßigkeit; veränderte Konsistenz etc.)

Familiäre/ Gesundheitliche Vorbelastung (Krankheiten der Eltern etc.)

Hobbies: (Sportliche Aktivitäten und Bewegungen, Häufigkeit)

Besondere Belastungen aktuell: (familiär, beruflich, Alltag, psychisch)

IV. Für menstruierende Personen

Schwangerschaften/ Geburten: (Anzahl, Verlauf, bestehender Kinderwunsch?)

Menstruation/ Zyklusregelmäßigkeit: (vorhanden, Verlauf)

Wechseljahre/ Menopause: (seit wann, Beschwerden)

Libido: (Einschränkungen: wenn ja, seit wann)



V. Für Personen mit Prostata

Beschwerden mit der Prostata: (Vergrößerung, Tumor, Beschwerden beim Wasser lassen)

Libido/ Potenz: (Beschwerden, Einschränkungen)

Datum, Ort

Unterschrift Patient*in