

Personalbogen Alternative Therapie

Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: weiblich männlich divers

Adresse: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Arbeitsunfähig: nein ja seit wann _____

Krankenversicherung: _____

Heutiges Datum: _____

Durch wen oder was sind Sie auf das Schmerz- und Palliativzentrum Frankfurt aufmerksam geworden? (Diese Angaben sind freiwillig *)

Behandelnder Arzt *

Freunde/ Bekannte *

Internet *

Krankenhaus/ Klinik *

Medien *

Werbung/ Anzeige *

Sonstiges *: _____

Hausarzt

Name des Arztes: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Telefax: _____

Vitalwerte

Alter: _____

Größe (in cm): _____ Gewicht (in Kg): _____

Was sind Ihre Hauptbeschwerden?

Bitte kreuzen Sie die für Sie zutreffenden Symptome an.

Erschöpfung

- deutliche, nicht erklärbare, andauernde körperliche und/oder mentale Erschöpfung, die zu einer erheblichen Reduktion des Aktivitätsniveaus führt
- Erschöpfung, Verstärkung des schweren Krankheitsgefühls und/oder Schmerzen nach Belastung mit einer verzögerten Erholungsphase (mehr als 24 Stunden oder länger)
- Beschwerden verschlechtern sich durch jede Art von körperlicher oder mentaler Anstrengung oder Stress

Wie wurden Ihre Beschwerden behandelt?

Schlafstörung

- Einschlafstörung
- Durchschlafstörung
- Veränderter Tag-Nacht-Rhythmus
- Schlaf führt zu keiner Erholung

Wie wurden Ihre Beschwerden behandelt?

Schmerzen

- Gelenkschmerzen
- Muskelschmerzen
- Kopfschmerzen

Wie wurden Ihre Beschwerden behandelt?

Neurologische/Kognitive Manifestation

- Beeinträchtigung der Konzentration und des Kurzzeitgedächtnisses
- Wortfindungsstörungen
- Lesestörungen
- Wahrnehmungs-/Sinnesstörungen
- Desorientierung oder Verwirrung
- Bewegungskordinationsstörungen
- Überlastungserscheinungen (Rückfälle, Ängste) durch zu viele Information und/oder zu viele Sinneseindrücke (Licht,Lärm,Stress,Essen)
- Wahrnehmungs/Sinnesstörungen

Wie wurden Ihre Beschwerden behandelt?

Autonome Manifestation

- Schwindel bei schnellem Lagewechsel (z.Bsp. aufstehen nach dem Liegen)
- Herzrasen bei Lagewechsel
- Benommenheit und Schwindel
- Auffällige Blässe
- Magen/Darm Probleme (diffuse Schmerzen, Brennen, Blähungen)
- Blasenstörungen
- Herzklopfen
- Atemnot bei leichter Belastung

Wie wurden Ihre Beschwerden behandelt?

Neuroendokrine Manifestation

- Anpassung Körpertemperatur gestört
- Schwitzen, fiebriges Gefühl
- Hitze oder Kälte nicht gut vertragen
- Kalte Hände und/oder Kalte Füße
- Gewichtszunahme
- Gewichtsabnahme
- schlechte Stressverarbeitung
- Stress führt zu einer Verstärkung der Erschöpfung und emotionaler Unsicherheit

Wie wurden Ihre Beschwerden behandelt?

Immunologische Manifestation

- Schmerzhaftige Lymphknoten
- Wiederkehrende Halsschmerzen
- neue Allergien oder Unverträglichkeiten
- bereits bestehende Allergien verändern sich
- Grippeähnliche Symptome und/oder allgemeines Krankheitsgefühl
- Überempfindlichkeit, Unverträglichkeiten von Nahrungsmitteln, Medikamenten, Chemikalien

Wie wurden Ihre Beschwerden behandelt?

Mit der Bitte um Kenntnisnahme!

Nicht nur aus rechtlicher Verpflichtung, sondern darüber hinaus auch aus persönlicher Überzeugung verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten achtsam und sorgfältig.

Ausführliche Informationen finden Sie im Wartezimmer als Aushang an der Patienteninformation oder erhalten Sie auf Wunsch von uns ausgehändigt.

Personalfragebogen Alternative Behandlung

Herausgeber:
Schmerzzentrum Rhein Main in Frankfurt und Wiesbaden

Verantwortlich für den Inhalt:
Jutta von Gierke, Dr. med. Gabriele Müller

Kontakt:
Schmerzzentrum Rhein Main in Frankfurt
Brönnnerstraße 15
60313 Frankfurt am Main

Tel: 069 - 29 72 89 700
Fax: 069 - 29 72 89 701

frankfurt@schmerzzentrum-rhein-main.de
www.schmerzzentrum-rhein-main.de

Schmerz- und Palliativzentrum Wiesbaden
Rheinstraße 31
65185 Wiesbaden

Tel: 0611 - 95 00 87 00
Fax: 0611 - 95 00 87 99

kontakt@schmerzzentrum-wiesbaden.de
www.schmerzzentrum-wiesbaden.de