

## Gesundheitshistorie – FRAGEBOGEN I | Seite 1



Name: \_\_\_\_\_  
Vorname Nachname

Datum: \_\_\_\_\_  
T.M.J.

Die folgenden Faktoren könnten sich auf Deine Problematik beziehen. Bitte kreuze die zutreffenden Boxen an, wenn Dich diese Bedingungen plagen oder geplagt haben.

### Allgemein

- Allergien / Unverträglichkeiten
- Alkoholismus / Drogen Missbrauch
- Diabetes
- Schlafstörungen
- Fettleibigkeit
- Starkes Durstempfinden
- Müdigkeit / Abgeschlagenheit
- Konzentrationsmangel
- Schilddrüsen Erkrankungen
- Nebennieren Erkrankungen
- Krebserkrankungen
- Abnormaler Gewichtsverlust/Zunahme
- Fieber / Schüttelfrost (ohne Grippe)
- Heiserkeit / Räuspern oft

### Familienhistorie

Eltern, Großeltern, Geschwister

- Diabetes
- Krebserkrankungen
- Muskel, Knochen, Nerv Erkr.
- Nieren Erkrankungen
- Leber Erkrankungen
- Hoher Blutdruck
- Hoher Cholesterinspiegel
- Herz Erkrankungen
- Rheuma
- Schlaganfall
- Schilddrüsen Erkrankungen

### Muskuloskeletal

- Skoliose
- Osteoporose
- Mb. Bechterew
- Mb. Schlatter
- Hals-Nacken Schmerz
- Untere Rücken Schmerz
- Fuß / Sprunggelenk Schmerz
- Knie / Hüft Schmerz
- Rheuma
- Hand / Handgelenk Schmerz
- Ellenbogen / Schulter Schmerz

### Auge, Ohr, Nase, Hals

- Kiefer Probleme
- Sinusitis
- Mandel Problems
- Augen Schmerz (innen, dahinter)
- Sehstörungen
- Nasenbluten
- Ohrengeräusche / Klingeln
- Zahnprobleme
- Zahnimplantate / Kronen
- Taubheit / Hörschwierigkeiten

### Neurologisch

- Kopfschmerz / Migräne
  - zuletzt aufgetreten: \_\_\_\_\_
- Ohnmacht
- Schwindel
- Mentale Erkrankungen
- Kribbeln / Taubheit
- Tremor / Epilepsie / Zuckungen
- Schwäche / Kraftverlust

### Urogenital

- Schmerzhaftes Wasserlassen
- Nieren Erkr. / Steine
- Blut im Urin
- Stark gefärbter Urin
- Schwierigkeiten Harnlassen
- Unfähigkeit Harnkontrolle
- Häufiges Wasserlassen
- Häufiges nächtliches Wasserlassen
- Sexuelle Schwierigkeiten
- Harnleiter Infektionen

### Gastrointestinal

- Leisten- Nabelbrüche
- Blinddarmerkrankungen
- Verstopfungen
- Durchfall
- Hämorrhoiden
- Blähungen / Aufstoßen
- Schmerzen / Blutiger Stuhl
- Bauchschmerzen
- Leber Probleme
- Übelkeit / Erbrechen
- Gallenblasen Probleme
- Appetitlosigkeit
- Verdauungsstörungen
- Geschwüre / Sodbrennen
- Magen Probleme

### Kardio-pulmonal

- Schlaganfall
- Herz Probleme
- Hoher Blutdruck
- Rheumatisches Fieber
- Krampfadern
- Atembeschwerden
- Chronischer Husten
- Brust Schmerz
- Asthma / COPD
- Arteriosklerose
- Tuberkulose
- Waden / Knöchel Schwellung
- Hand Schwellung

### Nur Männer

- Prostata Probleme
- Hoden Schwellung / Schmerz

### Nur Frauen

- Starke Regelblutung
- Zyklusstörungen
- Hitzewallungen
- PMS
- Schw.S. von Geburten: \_\_\_\_\_
- Vaginales Brennen / Jucken
- Schmerzhaftes Perioden
- Endometriose
- Beginn letzter Periode : \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_  
Vorname Nachname T.M.J.

Hattest Du Operationen? J / N Bitte auflisten, einschließlich Komplikationen und Datum:

---

---

---

Hattest Du Verletzungen in der Vergangenheit? J / N Stürze/Auto/Rad/Sport Unfälle, mit Zeitspanne:

---

---

---

Bitte bewerte und beschreibe was der größte Stressfaktor(en) für Dich ist/war? Körperlich/Mental:

Punkte:  0 (keinen)  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 (max)

---

---

Bitte beschreibe alle Beschwerden und Erkrankungen die Du hast/gehabt hast, selbst wenn Du diese zuvor in den Boxen angekreuzt hast, inklusive Dauer des Auftretens, Behandlung und aktuellen Stand:

---

---

---

---

Wieviele Stunden verbringst Du am Tag sitzend (24h)? Eingeschlossen Pendeln, Freizeit und Beruf:

Stunden:  0-4  5-6  7-8  9-10  11-12  12+

*Ich habe dieses Formular nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt und kommuniziere damit wichtige Informationen mit dem Movewell Fachteam. Ich verstehe, dass auf dessen Grundlage Behandlungsempfehlungen gegeben werden.*

---

Unterschrift Patient  
(Ist der Patient jetzt noch nicht 18 Jahre alt,  
muss ein Elternteil unterzeichnen.)

---

Movewell® – Martin Strietzel