

Patientendokumentation

Datum

Name	
------	--

Vorname	
---------	--

Geburtsdatum	
--------------	--

Strasse	
---------	--

PLZ / Wohnort	
---------------	--

Telefonnummer	
---------------	--

Beruf	
-------	--

Familienstand	
---------------	--

Versicherung	
--------------	--

Besonderheiten bei der Abrechnung	
-----------------------------------	--

Bei Kindern: Name der Mutter oder des Vaters	
--	--

Besonders zu beachten	
-----------------------	--

Motivation zum Praxisbesuch	
-----------------------------	--

Aktuell eingenommene Medikamente	Verordnet: Eigenmedikation:
--	--

Aktuelle Beschwerden	
-------------------------	--

Modalitäten der Beschwerden	Wärme: Kälte: Bewegung: Ruhe: Sonstiges:
--------------------------------	--

Bisherige Diagnosen:	
-------------------------	--

Grundfunktionen	
Gemüt / Psyche	Wohlbefinden, Angst, Furcht, Antrieb, depressive Verstimmung
Soziales / Arbeit	Arbeitsplatz, Wohnen, Familie, Beziehung
Verdauung	Stuhlanamnese, Blähungen, Erbrechen, Unverträglichkeit von Nahrungsmitteln
Appetit Hunger	Vorlieben, Abneigung, Zeitpunkt, Menge, Sättigung
Durst	Worauf? Menge, bevorzugte Temperatur, Alkohol, Kaffee
Miktion	Nykturie, Inkontinenz, Menge, Häufigkeit, Geruch
Schlaf	Einschlaf-, Durchschlafstörungen, Nachtschweiss, Träume
Menstruation	Zyklusdauer, Rhythmus, Dysmenorrhoe, Zwischenblutungen, Menopause, Pille, Spirale o.ä.
Schwangerschaft	auch Besonderheiten bei früherer Schwangerschaft
Sexualität	Zufriedenheit, Libido, Schmerzen

Haut	Juckreiz, Ausschläge, Haare, Narben, Hautmale, Fehlempfindungen
Rücken, Gelenke	Schmerzen, Bewegungseinschränkung, Modalitäten
Kopf	Schmerzen? wann? wodurch? Modalitäten, Schwindel, Konzentrationsfähigkeit
Schweiss	Menge, Ort, Geruch, Temperatur
Wärmehaushalt	Wärmegefühl, Frösteln, kalte bzw. heisse Körperteile, Hitzewallungen
Vegetative Situation	sympathikoton, vagoton, dyston
Atemwege	Mund-/ Nasenatmung, Husten, Schleim, Geräusche, Schnarchen
Herz-Kreislauf	Durchblutung, Venenleiden, Hämorrhoiden, Blutungsneigung
Impfungen	Welche? Wann? Reaktionen?
Bisherige Therapien	Was? Wann? Ergebnis?

Ernährungsgewohnheiten:

Risikofaktoren - Allergien - frühere Krankheiten

Risikofaktoren

Allergene (besonders auch auf Medikamente und Pflanzen)

Frühere Krankheiten Kinderkrankheiten	
--	--

Chirurgische Eingriffe	
------------------------	--

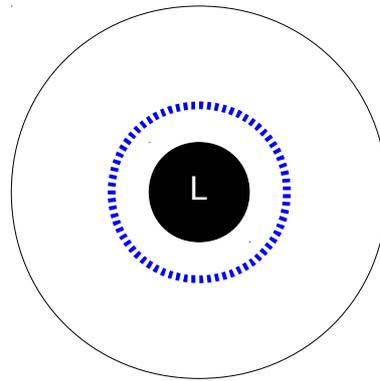
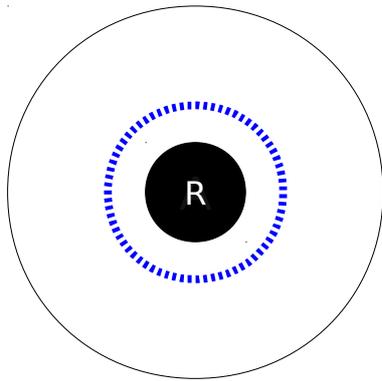
Familienanamnese

Wer hatte welche Krankheiten?	
-------------------------------	--

Untersuchungen

Puls	
Blutdruck	
Zunge	
Urin	

Habitus	
Sonstiges	
Antlitz	
Körperliche Untersuchung <i>(siehe Leitfaden klinischer Untersuchungs- methoden im Buch)</i>	

Augen- /Irisdiagnostik

Konstitutionelle Merkmale	<ol style="list-style-type: none">1.2.3.4.5.
Sonstige relevante Zeichen	

Therapie

Grundsätzliche Therapieziele	Konstitutionell Symptomorientiert
Diätetische Anweisungen	
Anwendungen	

Rezepturen	
------------	--