

Befragung der Patientin/des Patienten

Name:

Geburtsdatum:

Geschlecht: weiblich männlich

Fragebogen ausgefüllt am: (Datum)

Bitte füllen Sie den Fragebogen möglichst ausführlich aus!

1. Wegen welcher Beschwerden und Symptome suchen Sie mich auf, und was haben Sie bisher dafür schon unternommen?
2. Zu welcher Tages- und Nachtzeit oder zu welcher Stunde fühlen Sie sich im Allgemeinen am schlechtesten?
3. Zu welcher Jahreszeit fühlen Sie sich am schlechtesten?
4. Wie wirkt kaltes Wetter? Heisses Wetter? Trockenes Wetter? Feuchtes Wetter auf Sie?
5. Wie ertragen Sie Nebel?
6. Wie ertragen Sie Sonnenbestrahlung?
7. Welchen Einfluss hat Wetterwechsel auf Sie?
8. Es gibt Leute, die immer frieren und kalt haben, und andere, die immer warm oder zu heiss haben. Zu welchen gehören Sie?
9. Was verspüren Sie vor, bei oder nach Sturmweather, bzw. Gewitter?
10. Wie reagieren Sie auf Nordwind? Südwind? Oder Wind allgemein? Wie ertragen Sie Zugluft?
11. Wie ertragen Sie Wärme ganz allgemein? Bettwärme? Zimmerwärme?
12. Wie reagieren Sie auf Extremtemperaturen (sehr heiss, sehr kalt) ?
13. Sind Sie häufig erkältet? Wenn ja, wie sind die Beschwerden?
14. Wie ertragen Sie den ganzen Tag ohne frische Luft?
15. In welcher Situation schwitzen Sie? An welchen Körperstellen besonders?
16. In welcher Situation weinen Sie?
17. Wie ertragen Sie längeres Warten? Zum Beispiel auf den Zug? Auf ein Telefon? In der Warteschlange?
18. Wie steht es mit Ihrem Appetit? Wann haben Sie jeweils Hunger?
19. Was passiert, wenn Sie lang hungrig sein müssen? Körperlich? Stimmungsmässig?
20. Wie steht es mit dem Durst? Wie viel trinken Sie täglich? Sind Sie zu einer bestimmten Zeit besonders durstig?
21. Wie ist Ihr Umgang mit Ordnung? Resp. Unordnung?
22. Wie ertragen Sie Wein, Bier, Kaffee, Tee, Milch, Essig?

23. Wie steht es mit dem Rauchen? Wie viel pro Tag?
24. Welchen Impfungen haben Sie sich unterzogen? Wie waren deren Effekte auf Ihre Gesundheit?
25. Wie ertragen sie ein heisses Bad? Ein kaltes Bad? Ein Meerbad?
26. Wie fühlen Sie sich am Meer? Im Gebirge?
27. Wie ertragen Sie geschlossene Kragen? Gürtel? Eng anliegende Kleider?
28. Wie heilen Verletzungen bei Ihnen und wie lange bluten Sie?
29. Haben Sie öfters Nasenbluten oder Zahnfleischbluten?
30. Wie ertragen Sie allein sein? Wie Gesellschaft?
31. Wie ertragen Sie Trost?
32. Unter welchen Umständen empfinden Sie Eifersucht?
33. Wie steht es mit Ängsten bei Ihnen?
 - *Angst im Wasser?*
 - *Angst vor Tieren?*
 - *Angst vor und bei Gewitter?*
 - *Furcht vor Einbrechern?*
 - *Furcht, zu fallen? Höhenangst?*
 - *Furcht vor allein sein?*
 - *Angst, den Verstand zu verlieren?*
 - *Furcht im Dunkeln?*
 - *Furcht vor der Zukunft?*
 - *Furcht vor Krankheit?*
 - *Angst im Tunnel oder in engen Räumen?*
 - *Angst in Menschenmengen?*
 - *Andere Ängste*
34. Unter welchen Umständen werden Sie zornig? Was versetzt Sie in Zorn?
35. Wie ertragen Sie Widerspruch / Kritik?
36. Wann kommen Todesgedanken oder Selbstmordgedanken bei Ihnen auf?
37. Für welche Nahrungsmittel und Getränke haben Sie eine ausgesprochene Vorliebe?
 - *Süssigkeiten, süsses Gebäck?*
 - *Saure Dinge?*
 - *Schwere und fette Speisen?*
 - *Butter? Öl?*
 - *Brot?*
 - *Obst? Gemüse?*
 - *Fleisch? Fisch? Meeresfrüchte?*
 - *Kaffe? Tee?*
 - *Alkohol. Getränke?*
 - *Scharf gewürzte Speisen? Salz?*
 - *Eier?*
 - *Käse / Milchprodukte?*

38. Gegen welche Speisen und Getränke haben Sie eine ausgesprochene Abneigung?
39. Welche Speisen und Getränke machen Sie krank, d.h. ertragen Sie nicht?
40. Welches ist Ihre bevorzugte Schlafstellung? Wie legen Sie Arme, Beine Kopf?
41. Manche Leute reden, schreien, weinen, lachen im Schlaf, schrecken auf, sind unruhig, haben Angst, knirschen mit den Zähnen, schlafen mit offenen Augen, offenem Mund; wie ist es bei Ihnen?
42. Wann erwachen Sie? Wann stehen Sie auf?
43. Zu welchen Stunden sind Sie schlaflos? Wann im Verlauf des Tages sind die Stunden der Schläfrigkeit? Welchen Umständen schreiben Sie das jeweils zu?
44. Beschreiben Sie Träume, die bei Ihnen öfters vorkommen:
 - *Für Frauen:*
 - *In welchem Alter begann die Periode?*
 - *Wie oft kommt sie jetzt und wie stark ist sie?*
 - *Wie regelmässig?*
 - *Ihre Dauer?*
 - *Die Farbe?*
 - *Wie sieht das Blut aus?*
 - *Nennen Sie Tages- und Nachtstunden, zu denen sie am stärksten fliesst.*
 - *Wie fühlen Sie sich vor, während und nach der Periode, körperlich und seelisch?*
 - *Wie ist die Gemütsstimmung vor, während und nach der Periode?*
45. Nennen Sie auch diejenigen Störungen, die bei diesen Fragen nicht zur Sprache kamen.

Vielen Dank für die Beantwortung der obigen Fragen.

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen, zusammen mit Ihren Antworten, per E-Mail an gianna.olivier@hin.ch oder per Post an untenstehende Adresse:

Frau Gianna Olivier Isler
Fachärztin FMH Allg. Med.
Klosbachstrasse 105
8032 Zürich