

|                                                                                   |                                        |  |               |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--|---------------|
|  | <b>Erstuntersuchungsfragebogen</b>     |  | K 4.4.317. J  |
|                                                                                   | Alpentherme Gastein Gesundheitszentrum |  | Seite 1 von 5 |

Bitte ausgefüllt zur **Erstuntersuchung** mitbringen!

Name: .....

Aktuelle Wohnadresse: .....

Beruf/dzt. Tätigkeit: .....

Ausbildung: .....

Ihr Familienstand: .....

Anzahl der Kinder: .....

soziale Kontakte: .....  
(Familie, Freunde, Arbeitskollegen, Vereine, ...)

Welche Operationen, Erkrankungen und Verletzungen hatten Sie?  
Geben Sie bitte das Jahr an.

|       |       |
|-------|-------|
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |

Haben Sie Metallteile in Ihrem Körper (wie Schrauben oä. z.B. nach Operationen, Herzschrittmacher, Spirale, Metallsplitter, Piercing,...) oder bestehen sonstige Implantate?

.....

Müssen Sie Medikamente einnehmen?    ☐ ja    ☐ nein

| Medikament<br><small>Name/Bezeichnung</small> | Dosierung<br><small>(mg, ...)</small> | ständig<br><small>(z. B. 1-0-0, ...)</small> | fallweise |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------|-----------|
|                                               |                                       |                                              |           |
|                                               |                                       |                                              |           |
|                                               |                                       |                                              |           |
|                                               |                                       |                                              |           |
|                                               |                                       |                                              |           |
|                                               |                                       |                                              |           |
|                                               |                                       |                                              |           |

Haben Sie Allergien auf Medikamente:    ☐ nein    ☐ ja

Wenn ja, welche: .....

Haben Sie andere Allergien:    ☐ nein    ☐ ja

Wenn ja, welche: .....

**weiter auf Seite 2** 

|                                                                                   |                                        |               |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------|
|  | <b>Erstuntersuchungsfragebogen</b>     | K 4.4.317. J  |
|                                                                                   | Alpentherme Gastein Gesundheitszentrum | Seite 2 von 5 |

Haben Sie eine medizinisch festgestellte Nahrungsmittelunverträglichkeit:

☐ Laktose    ☐ Fruktose    ☐ Histamin    ☐ Zöliakie    ☐ nein

☐ Andere: .....

Nikotin:    ☐ ja (wie viel: ...../Tag)                      ☐ nein                      ☐ nicht mehr seit .....

Alkohol:    ☐ regelmäßig    ☐ gelegentlich    ☐ nein    ☐ nicht mehr seit .....

Wenn ja, was? .....

letztes Heilverfahren:

Wann: ..... Wo: .....

Gibt es in der Familie schwere Erkrankungen (z.B. Krebs, Schlaganfall, Herzinfarkt)?

Wenn ja welche:

bei Ihrem Vater: .....

bei Ihrer Mutter: .....

bei Ihren Geschwistern: .....

Haben Sie Platzangst/Wasserangst?                                              ☐ ja                      ☐ nein

Vertragen Sie Wärme?                                                                      ☐ ja                      ☐ nein

Können Sie 2 Stockwerke ohne Probleme hinaufgehen?    ☐ ja                      ☐ nein

Bekommen Sie leicht blaue Flecken?                                              ☐ ja                      ☐ nein

Letzte Knochendichtemessung - wann? .....                      ☐ noch nie

Narben: .....

.....

#### **für Frauen:**

Geburten Anzahl: .....

letzte gynäkologische Untersuchung: .....

letzte Mammographie: .....

bestehende Schwangerschaft:                      ☐ ja                      ☐ nein

#### **für Männer:**

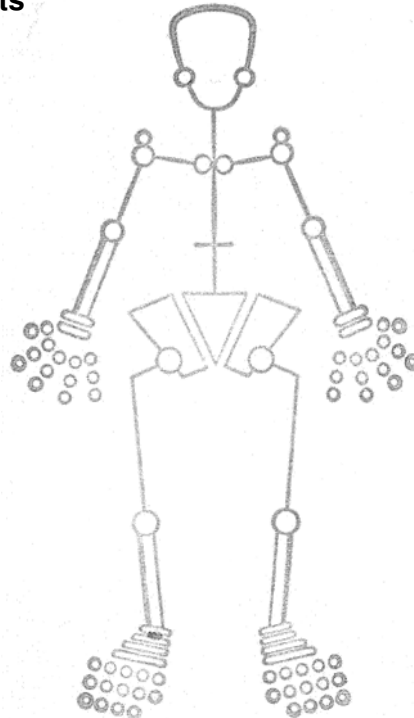
letzte Prostata-Untersuchung: .....

**weiter auf Seite 3**



**Bitte zeichnen Sie hier Ihre Beschwerden ein:**

rechts                      links



Wie stark empfinden Sie Ihre Schmerzen heute? Bitte Zahl ankreuzen:

|              |   |   |   |   |                                 |   |   |   |   |    |
|--------------|---|---|---|---|---------------------------------|---|---|---|---|----|
| 0            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5                               | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 😊            |   |   |   |   |                                 |   |   |   |   | ☹️ |
| kein Schmerz |   |   |   |   | stärkster vorstellbarer Schmerz |   |   |   |   |    |

Wie wurden die bisherigen Beschwerden behandelt?

.....

.....

Üben Sie sportliche Aktivitäten aus? Wenn ja, welche? .....

.....

...../pro Woche                      ...../Stunden pro Woche

Wie schätzen Sie sich heute seelisch ein?

|          |   |   |   |   |               |   |   |   |   |    |
|----------|---|---|---|---|---------------|---|---|---|---|----|
| 0        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5             | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 😊        |   |   |   |   | 😊             |   |   |   |   | ☹️ |
| sehr gut |   |   |   |   | sehr schlecht |   |   |   |   |    |

**weiter auf Seite 4** ➔

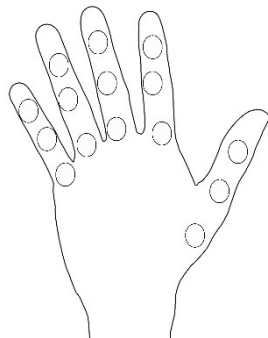
**Bitte machen Sie hier nähere Angaben zu Ihren Beschwerden**

(ankreuzen bzw. eintragen. Wenn Sie keine Schmerzen haben, das Feld frei lassen):

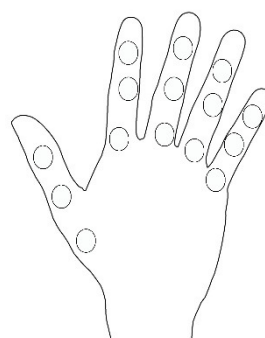
| Wo?                 | links | rechts | Mitte | in Ruhe<br>(stehen,<br>liegen) | beim<br>Bewegen | Ausstrahlung<br>(nein/ja, wohin) | seit wann |
|---------------------|-------|--------|-------|--------------------------------|-----------------|----------------------------------|-----------|
| Halswirbelsäule     |       |        |       |                                |                 |                                  |           |
| Brustwirbelsäule    |       |        |       |                                |                 |                                  |           |
| Lendenwirbelsäule   |       |        |       |                                |                 |                                  |           |
| Schulter            |       |        |       |                                |                 |                                  |           |
| Ellbogen            |       |        |       |                                |                 |                                  |           |
| Handgelenk          |       |        |       |                                |                 |                                  |           |
| Finger              |       |        |       |                                |                 |                                  |           |
| Daumen              |       |        |       |                                |                 |                                  |           |
| Hüftgelenk          |       |        |       |                                |                 |                                  |           |
| Kniegelenk          |       |        |       |                                |                 |                                  |           |
| Sprunggelenk        |       |        |       |                                |                 |                                  |           |
| Ferse               |       |        |       |                                |                 |                                  |           |
| Zehen               |       |        |       |                                |                 |                                  |           |
| sonstige Schmerzen: |       |        |       |                                |                 |                                  |           |

Wenn Sie Schmerzen in den Händen haben, tragen Sie diese bitte an der entsprechenden Stelle mit **R** für Schmerzen in Ruhe und **B** für Schmerzen in Bewegung (bzw. beides) ein.

**linke Hand**



**rechte Hand**



Haben Sie Morgensteifigkeit in Gelenken oder Wirbelsäule?

O nein    O ja

Wenn ja, wie lange? .....

Haben Sie Gefühlsstörungen (z.B. Missempfindungen, Kribbeln)?

O nein    O ja

Wenn ja, welche? .....

Haben Sie Probleme mit Stuhl / Harn / Appetit / Schlafstörungen etc.?

O nein    O ja

Wenn ja, welche? .....

**weiter auf Seite 5**



|                                                                                   |                                        |               |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------|
|  | <b>Erstuntersuchungsfragebogen</b>     | K 4.4.317. J  |
|                                                                                   | Alpentherme Gastein Gesundheitszentrum | Seite 5 von 5 |

Seit wann bestehen Ihre Schmerzen?

- ☐ weniger als 1 Monat
- ☐ 1 Monat bis ½ Jahr
- ☐ ½ Jahr bis 1 Jahr
- ☐ 1 Jahr und länger
- ☐ ich habe derzeit keine Schmerzen

Trifft folgende Aussage auf Sie zu?

„Dinge, die mir früher Freude gemacht haben, kann ich überhaupt nicht mehr genießen.“

- ☐ ja   ☐ nein

Möchten Sie Informationen zu Schmerzverarbeitung, Einflussfaktoren sowie Möglichkeiten der nicht-medikamentösen Behandlung erhalten?

- ☐ ja   ☐ nein

**Bitte im Notfall kontaktieren:** Name: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

**Bitte nehmen Sie dieses bereits ausgefüllte Formular und Ihre Befunde mit  
und kommen Sie aus hygienischen Gründen mit Hausschuhen  
zur Erstuntersuchung.**

***DANKE!***