

Kommen Gehen

Besser Sehen



Welver Optik

Augen.ptik

Irid.logie

Opt.metrie

Name, Vorname, Geb.-Datum, Beruf des Patienten

Fragebogen

1.1

Welche Beschwerden haben Sie zur Zeit ?

1.2

Wann sind die Beschwerden zum ersten Mal aufgetreten ? Sind Ihnen irgendwelche Begleitumstände in Erinnerung ?

1.3

Hat vor dem erstmaligen Eintreten der Beschwerden ein Ereignis stattgefunden ?

1.4

Beschreiben Sie die Art und den Ort Ihrer Beschwerden, - falls Sie Schmerzen haben sollten, beschreiben Sie, wie Sie diese empfinden !

1.5

Wann und wodurch werden Ihre Beschwerden erträglicher bzw. besser ?

1.6

Wann und wodurch verschlimmern sich Ihre Beschwerden ?

1.7

Haben Sie in der letzten Zeit (bzw. seit Eintreten Ihrer Beschwerden) noch andere Beobachtungen gemacht ?

2.1.1

Welche Speisen mögen Sie besonders gern ? (Bitte auch die Speisen nennen, die Sie zwar mögen, aber nicht vertragen.)

2.1.2

Welche Speisen mögen Sie überhaupt nicht bzw. nicht so gern ?

2.1.3

Wie ist Ihr Appetit ? gut , mäßig , kaum

2.1.4

Essen Sie

oft, selten, wenig, reichlich, regelmäßig, unregelmäßig, langsam, zügig, pikant, scharf,
mild, salzig, sauer, süß, bitter, heiß, warm, kalt, fett, mager, durcheinander essen,

2.1.5

Wenn Sie nicht selbst der Koch sind.

Würzen Sie Speisen oft nach ? ja nein

2.1.6

Können Sie bestimmte Speisen oder Getränke schlecht oder nicht vertragen - welche ?

--

2.2.1

Welche Getränke bevorzugen Sie ? (Bitte auch die, die Sie zwar mögen, aber nicht vertragen.)

--

2.2.2

Welche Getränke mögen Sie nicht ?

--

2.2.3

Ihr Durst ist eher

groß mäßig gering

2.2.4

Trinken Sie eher

häufig, selten, viel, wenig,

2.2.5

Sie bevorzugen eher

Kalte / kühle Getränke heiße / warme Getränke

3.1

Schwitzen Sie im Allgemeinen

(Häufigkeit) - ständig, oft, selten, gar nicht, nachts, tagsüber, stark, schwach

(Ort) - am ganzen Körper, Kopf, Stirn, Nacken, Achsel, Brust, Bauch,

(Ort) Rücken, Genitalien, Hände, Füße

(Art) - klebrig, kalt, warm, sauer, süß, wundmachend, stinkend, erleichternd, erschöpfend

Bemerkungen

4.1

Schlafen Sie im Allgemeinen

- sofort ein, relativ zügig ein, schlecht ein
- ruhig, unruhig, träumend, sprechend im Schlaf, schnarchend, kauend, schmatzend,
- tief, fest, leicht, erholend, unterbrochen
- Bauchlage, Rückenlage, Rechtslage, Linkslage, Embryolage, Kopf tief, Kopf hoch

Bemerkungen

5.1

Haben oder hatten Sie Hautprobleme – welcher Art ?

ja nein

6.1

Leiden oder litten Sie unter Schwindel ?

ja nein

7.1

Sie bevorzugen den

Frühling, Sommer, Herbst, Winter

7.2

Bei folgenden Wetter bzw. Temperaturbedingungen fühlen Sie sich **nicht** wohl !

kalt, heiß, feucht, trocken, warm, Vollmond, Neumond, Sonne, Wolken, Regen, Gewitter,
Nebel, Sturm, Schnee, Föhn

7.3

Sie lieben eher

kühle Räume

warme Räume

Bemerkungen

7.4

Wo würden Sie selber gerne Ihren Urlaub verbringen ?

Meer, Gebirge, Binnensee, Flachland, Moor, zu Hause

Bemerkungen

8.1

Was war Ihr schönstes Erlebnis ?

8.2

Was war Ihr schlimmstes Erlebnis ?

8.3

Welche Hobbys haben Sie ?

9.1

Welche Impfen haben Sie bisher bekommen ?

9.2

Sind Sie ambulant oder stationär operativ behandelt worden ?

9.3

Wie war bzw. ist der Zustand Ihrer Zähne ?

10.1

Angaben zum Stuhlgang

regelmäßig, unregelmäßig, verstopft, Durchfall, geformt, breiig, dunkel, hell, trocken, schleimig, blutig, viel, wenig, täglich, wöchentlich, drängend, ohne Drang

Bemerkungen

10.2

Angaben zum Urin

häufig, selten, viel, wenig, dunkel, hell, blutig,

Bemerkungen

Folgende Fragen nur von Damen zu beantworten.

11.1

Ihre Periode ist oder war

zu früh, zu spät, zu lang, zu kurz, unterbrochen, hell, dunkel, reichlich, spärlich, regelmäßig
unregelmäßig, schmerhaft, Ausfluß, Hautfetzen (Membranen),

Bemerkungen

11.2

Beschwerden in den Wechseljahren ? ja nein

12.1

Welche Krankheiten hatten Sie als
Kind, Heranwachsender, Erwachsener

und wie sind diese therapiert worden ? Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein ?

Krankheit	Therapie/ Medikamente

12.2

Welche Krankheiten haben / hatten Ihre Eltern bzw. Geschwister ?



Wolver Optik

Augen.ptik

Iridologie

Opt.metrie

Datum und Unterschrift des Patienten