



Name Vorname weibl. / männl.? Geburtsdatum Größe Beruf

Straße/ Hausnr. Land/PLZ/ Ort Telefon Email-Adresse

Schwerbehindert seit, Grad Gewichts - seit Beginn der
 änderung + / - kg Beschwerden

Wann Zeckenkontakt? Wanderröte? Insektenstiche? Wo Stichstelle am Körper? Wie behandelt worden?

Welche Tierkontakte? Zecken an Tieren? Freizeitaktivitäten

Ab wann Antibiotikatherapie? Wie lange? Welches Präparat?

Vorerkrankungen? Allergien?

Besonderheiten? Cortison-Behandlung?

Wie oft Alkohol-, Coffein-, Nikotin-Genuss?

1. Besuch am :

Arbeitszeit / Körperliches / geistiges / Gewicht
 Stunden / Woche Leistungsvermögen jetzt in % jetzt

Medikamente zurzeit?

2. Besuch am :

Arbeitszeit / Körperliches / geistiges / Gewicht
 Stunden / Woche Leistungsvermögen jetzt in % jetzt

Medikamente zurzeit?

3. Besuch am :

Arbeitszeit / Körperliches / geistiges / Gewicht
 Stunden / Woche Leistungsvermögen jetzt in % jetzt

Medikamente zurzeit?

In den folgenden Tabellen tragen Sie bitte **alle** Krankheits-Symptome ein, die seit Beginn der Beschwerden bzw. seit dem Ausfüllen der Checkliste beim letzten Besuch auftraten; auch dann, wenn sie nur einmal vorkamen.

Die Symptome sind alphabetisch geordnet und in Gruppen gegliedert; am Ende der Gruppe können Sie Ihre evtl. in der Tabelle fehlenden Symptome hinzufügen.

Bei Auswahlmöglichkeiten das Zutreffende bitte einkreisen.

Erläuterungen zu den Spalten der Tabellen :

Besuch : 1 : Erstbesuch 2 : Zweitbesuch usw.

Seit wann: Hier tragen Sie bitte für jedes Symptom das Datum ein, wann es begonnen hat.
(Datum) Falls es nicht mehr genau bekannt ist, nur Monat und Jahr bzw. nur das Jahr.

30 Tage: Markieren Sie bitte mit einem **X**, wenn das Symptom (auch) in den letzten 30 Tagen auftrat.

Stärke: Tragen Sie bitte für die Symptom- bzw. Schmerzstärke einen der folgenden Kennbuchstaben ein :

L : Leicht **M : Mittelstark** **S : Stark** **E : Extrem stark**

Dabei besteht folgender Zusammenhang mit der öfter verwendeten Schmerzeinstufung auf einer Schmerzskala von 0 (kein Schmerz) bis 10 (maximal vorstellbarer Schmerz):

Schmerzbeschreibung	Schmerzskala										Kennbuchstabe Stärke	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		10
Kein Schmerz												kein Eintrag
Leichter Schmerz												L
Mittelstarker Schmerz												M
Starker Schmerz												S
Extrem starker Schmerz												E

Häufigkeit: Tragen Sie bitte für die Symptomhäufigkeit eines der folgenden Zeichen ein :

1 : Einmal **2 : Zweimal** **S : Selten** **O : Oft** **I : Immer**

Lage: Tragen Sie bitte für eine genauere Beschreibung der Körperstelle eines der folgenden Zeichen ein :

L : Links **R : Rechts** **O : Oben** **U : Unten**

A	Allgemeine Symptome / Beschwerden	Besuch	Seit wann (Datum)	30 Tage	Stärke	Häufigkeit
01	Abgeschlagenheit, chronische Erschöpfung, ständige Müdigkeit	1				
		2				
		3				
02	Alkoholunverträglichkeit, länger dauernder „Kater“	1				
		2				
		3				
03	Allgemeine Körperschwäche, geringe Ausdauer, körperliche und geistige Müdigkeit	1				
		2				
		3				
04	Befinden verbessert oder verschlechtert sich durch Bewegung	1				
		2				
		3				
05	Befinden wechselt in kurzen Zeiträumen	1				
		2				
		3				
06	Fiebriges Gefühl, Fieber	1				
		2				
		3				
07	Gefühl des Frierens oder Fröstelns, Temperaturempfinden verändert	1				
		2				
		3				
08	Gliederschmerzen, allgemeine	1				
		2				
		3				
09	Hände oder Füße kalt, auch im warmen Raum	1				
		2				
		3				
10	Infektanfällig, kein Fieber bei Erkältung	1				
		2				
		3				
11	Lymphknoten länger geschwollen wo ?	1				
		2				
		3				
12	Nahrungsmittelunverträglichkeiten welche ?	1				
		2				
		3				

A	Allgemeine Symptome / Beschwerden	Besuch	Seit wann (Datum)	30 Tage	Stärke	Häufigkeit
13	Schlaf-, Einschlaf-, Durchschlafstörungen, Schlaf ohne Erholung, zuwenig Schlaf, frühes Erwachen	1				
		2				
		3				
14	Schlafen nachts, Stunden	1				
		2				
		3				
15	Schlafen am Tage, Stunden	1				
		2				
		3				
16	Schmerzcharakter: wandernd, reißend, stechend, brennend, einschließend, bohrend wo ?	1				
		2				
		3				
17	Schmerzen in Ruhephasen, gehäuft am Tage, abends, nachts	1				
		2				
		3				
18	Schmerzhäufigkeit: dauernd, in Schüben, witterungs-, belastungs-, stressabhängig	1				
		2				
		3				
19	Schüttelfrost	1				
		2				
		3				
20	Schwitzen am Tag, Schweißausbrüche	1				
		2				
		3				
21	Schwitzen nachts, mit Aufwachen umUhr	1				
		2				
		3				
22	Symptome flackern alle ca. 4 Wochen auf	1				
		2				
		3				
23	Symptome verschlimmern sich nach Infektionen	1				
		2				
		3				
24	Symptome wechseln häufig betroffene Körperteile	1				
		2				
		3				



B	Gelenke	Besuch	Seit wann (Datum)	30 Tage	Stärke	Häufigkeit	Links, Rechts	Ober, Unten	Schmerzen	Schwellung	Stefigkeit
01	Ellenbogen	1									
		2									
		3									
02	Finger	1									
		2									
		3									
03	Fuß, Fußballen, Ferse	1									
		2									
		3									
04	Handgelenk, Handwurzel	1									
		2									
		3									
05	Hüfte	1									
		2									
		3									
06	Kiefer	1									
		2									
		3									
07	Knie	1									
		2									
		3									
08	Knöchel	1									
		2									
		3									
09	Nacken	1									
		2									
		3									
10	Schulter	1									
		2									
		3									
11	Sprunggelenk	1									
		2									
		3									
12	Zehe	1									
		2									
		3									

C	Muskeln Muskelskelettsystem	Besuch	Seit wann (Datum)	30 Tage	Stärke	Häufigkeit	Links, Rechts		Körperstelle
							L	R	
01	Achillessehnen-Schmerzen, Sehnenerkrankungen	1							
		2							
		3							
02	Bewegungseinschränkung zunehmend	1							
		2							
		3							
03	Carpaltunnelsyndrom	1							
		2							
		3							
04	Fersenbein-, Schienbein-Schmerzen	1							
		2							
		3							
05	Lähmungen, z.B. im Gesicht	1							
		2							
		3							
06	Muskelkrämpfe	1							
		2							
		3							
07	Muskel-, Bänder-, Faserschmerz (Fibromyalgien)	1							
		2							
		3							
08	Muskelschwäche	1							
		2							
		3							
09	Muskelschwund	1							
		2							
		3							
10	Rückenschmerzen, -steifheit	1							
		2							
		3							
11	Schleimbeutelentzündungen	1							
		2							
		3							
12	Zittern, Zucken von Muskeln, z.B. im Gesicht, unwillkürliche Bewegungen	1							
		2							
		3							

D	Hautveränderungen Gefühlsstörungen Missempfindungen	Besuch	Seit wann (Datum)	30 Tage	Stärke	Häufigkeit	Links, Rechts		Körperstelle
							L	R	
01	Ameisenlaufen	1							
		2							
		3							
02	Berührungen schmerzhaft, Haut überempfindlich	1							
		2							
		3							
03	Brennen	1							
		2							
		3							
04	Entzündliche Knötchen in der Haut	1							
		2							
		3							
05	Entzündung der Lymphbahnen, linienförmige, rote Streifen	1							
		2							
		3							
06	Fußsohlen schmerzend	1							
		2							
		3							
07	Hautstellen papierartig, dünn, transparent	1							
		2							
		3							
08	Kältegefühl	1							
		2							
		3							
09	Krampfadern, Venenentzündungen	1							
		2							
		3							
10	Kribbeln	1							
		2							
		3							
11	Nadelstiche	1							
		2							
		3							
12	Pelzigkeit	1							
		2							
		3							

D	Hautveränderungen Gefühlsstörungen Missempfindungen	Besuch	Seit wann (Datum)	30 Tage	Stärke	Häufigkeit	Links, Rechts		Körperstelle
							L	R	
13	Rötungen, Ekzeme, Flecken								
		2							
		3							
14	Schmerzen, einschießende	1							
		2							
		3							
15	Stechen	1							
		2							
		3							
16	Taubheitsgefühle	1							
		2							
		3							
17	Trockenheit der Haut	1							
		2							
		3							

E	Gehirn / Nerven	Besuch	Seit wann (Datum)	30 Tage	Stärke	Häufigkeit
01	Aggressivität, Gereiztheit, Realitätsverlust, Anfälle, Persönlichkeitsänderungen	1				
		2				
		3				
02	Angstgefühle, Ängstlichkeit, Panikattacken	1				
		2				
		3				
03	Antriebsstörungen: innere Unruhe, Ruhelosigkeit, Antriebslosigkeit, Apathie	1				
		2				
		3				
04	Benommenheit, unüberwindlicher Drang zu liegen, zu sitzen Gefühl des „Neben-sich-Stehens“	1				
		2				
		3				
05	Bewusstseinsstörung, -veränderung, -trübung	1				
		2				
		3				
06	Desorientiertheit, Verirren, sich verlaufen, an falsche Orte gehen	1				
		2				
		3				
07	Geschmacks-, Geruchsstörungen	1				
		2				
		3				
08	Konzentrations-, Aufmerksamkeits-Störungen, Leseschwierigkeiten, Denkblockaden	1				
		2				
		3				
09	Kopfschmerzen, Druckgefühl im Kopf, Migräne	1				
		2				
		3				
10	Krampfanfälle, Epilepsie	1				
		2				
		3				
11	Probleme neue Informationen aufzunehmen	1				
		2				
		3				
12	Psychose, Halluzinationen, Wahnvorstellungen, Paranoia, Bipolare Störung	1				
		2				
		3				

Stärke : L : Leicht M : Mittel S : Stark E : Extrem **Häufigkeit** : 1 : Einmal 2 : Zweimal S : Selten O : Oft I : Immer
Lage : L : Links R : Rechts O : Oben...U : Unten

E	Gehirn / Nerven	Besuch	Seit wann (Datum)	30 Tage	Stärke	Häufigkeit
13	Schwindel, Gleichgewichts-, Gangsstörungen, Reisekrankheit, Schwanken, Gefühl zu kippen, Höhenangst	1				
		2				
		3				
14	Sprachfehler, Versprecher, falsche Wörter, falsche Aussprache, Sprech- und Schreibschwierigkeiten, Buchstaben oder Ziffern vertauschen	1				
		2				
		3				
15	Stimmungsschwankungen, Reizbarkeit, Nervosität, Depression	1				
		2				
		3				
16	Stressanfälliger als andere, verstärktes Weinen, vermindertes Selbstwertgefühl	1				
		2				
		3				
17	Treppengehen unsicher, in beiden Richtungen	1				
		2				
		3				
18	Vergesslichkeit, schlechtes Kurzzeitgedächtnis, verminderte Aufmerksamkeit	1				
		2				
		3				
19	Verwirrtheit, Denkschwierigkeiten	1				
		2				
		3				
20	Wort- und Namensfindungsstörungen, das richtige Wort fehlt öfter	1				
		2				
		3				
21	Wutanfälle, Wutausbrüche, unmotivierte	1				
		2				
		3				

F	Kopf / Hals	Besuch	Seit wann (Datum)	30 Tage	Stärke	Häufigkeit	L links,	R Rechts
01	Augen: Gesichtsfeld-Ausfälle, Glaukom, Schmerzen hinter dem Augapfel	1						
		2						
		3						
02	Augen: Lichtempfindlichkeit	1						
		2						
		3						
03	Augen: Sehen doppelt, verschwommen, neblig, unscharf, verschleiert, flimmern, Mückensehen	1						
		2						
		3						
04	Augen: Störung der Sehschärfe	1						
		2						
		3						
05	Augenbrennen, Bindehautentzündung, rotes Auge (Regenbogenhaut-Entzündung)	1						
		2						
		3						
06	Augenmuskellähmung, Schielen, Gesichtsfeldausfälle	1						
		2						
		3						
07	Augentränen	1						
		2						
		3						
08	Augentrockenheit	1						
		2						
		3						
09	Haarausfall, unerklärlicher Haarverlust	1						
		2						
		3						
10	Hals trocken, Schluckbeschwerden	1						
		2						
		3						
11	Halsschmerzen	1						
		2						
		3						
12	Kiefer: nicht heilende Infektionen	1						
		2						
		3						

F	Kopf / Hals	Besuch	Seit wann (Datum)	30 Tage	Stärke	Häufigkeit	Links, Rechts	
							L	R
13	Mundbereich mit Schleimhautreizung	1						
		2						
		3						
14	Mund trocken	1						
		2						
		3						
15	Nasenbluten	1						
		2						
		3						
16	Ohren: juckende Läppchen, geschwollener Rand	1						
		2						
		3						
17	Ohren: Lärm-, Geräuschempfindlichkeit	1						
		2						
		3						
18	Ohrenschmerzen	1						
		2						
		3						
19	Ohrgeräusche, Tinnitus, Hörsturz, vermindertes Hören, Schwerhörigkeit	1						
		2						
		3						
20	Schluckbeschwerden, Reflux (Rückfluss)	1						
		2						
		3						
21	Schnalzen	1						
		2						
		3						
22	Zahnschmerzen, Absterben der Zähne	1						
		2						
		3						

G	Brust / Bauch Innere Organe	Besuch	Seit wann (Datum)	30 Tage	Stärke	Häufigkeit	L Links, R Rechts
01	Atemnot bei Belastung, Kurzatmigkeit, Husten, Räuspern, Bronchitis	1					
		2					
		3					
02	Bauchschmerzen oder -krämpfe, Beckenschmerzen	1					
		2					
		3					
03	Bauchspeicheldrüsen-Erkrankungen	1					
		2					
		3					
04	Blase gereizt, häufiger, dringender Harndrang, nachts meist umUhr	1					
		2					
		3					
05	Blasenentzündung, Blasenfunktionsstörungen	1					
		2					
		3					
06	Blutdruckveränderungen zeitweise, Unterschiede des Blutdrucks rechts und links	1					
		2					
		3					
07	Blutzuckerstörungen: Unterzucker, Diabetes	1					
		2					
		3					
08	Brustkorb- oder Rippenschmerzen, Wundgefühl über den Rippen	1					
		2					
		3					
09	Brustschmerzen (bei Frauen), Druckgefühl, vermehrte Milchproduktion	1					
		2					
		3					
10	Darmprobleme: Durchfall, Verstopfung	1					
		2					
		3					
11	Genital- , Leistenschmerzen	1					
		2					
		3					
12	Hämorrhoidenbluten	1					
		2					
		3					

G	Brust / Bauch Innere Organe	Besuch	Seit wann (Datum)	30 Tage	Stärke	Häufigkeit	Links, Rechts	
							L	R
13	Herzflattern, -schmerzen	1						
		2						
		3						
14	Herzgeräusche, Herzklappenprolaps	1						
		2						
		3						
15	Herzklopfen oder -rasen	1						
		2						
		3						
16	Herzrhythmusstörungen, Herzstolpern	1						
		2						
		3						
17	Korsettgefühl unterhalb der Brust	1						
		2						
		3						
18	Lebererkrankungen	1						
		2						
		3						
19	Magenschmerzen, Magen überempfindlich, Appetitlosigkeit, Übelkeit, Erbrechen	1						
		2						
		3						
20	Menstruations-Unregelmäßigkeiten	1						
		2						
		3						
21	Nierenerkrankungen	1						
		2						
		3						
22	Potenz- / Libido-Verminderung / -Verstärkung	1						
		2						
		3						
23	Prostatabeschwerden	1						
		2						
		3						
24	Schilddrüsen-Erkrankungen	1						
		2						
		3						

G	Brust / Bauch Innere Organe	Besuch	Seit wann (Datum)	30 Tage	Stärke	Häufigkeit	Links, Rechts	
							L	R
25	Sodbrennen	1						
		2						
		3						
26	Verdauungsprobleme, Blähungen	1						
		2						
		3						
27	Zwerchfellbruch	1						
		2						
		3						