



Name, Vorname: _____

Datum: _____

geboren am: _____

Liebe Patientin, lieber Patient,

vor Ihnen liegt ein Fragebogen zur Vorbereitung auf unser Gespräch im Rahmen der KOI Sprechstunde. Wir möchten Sie bitten in diesem Bogen Angaben zur bisherigen bzw. geplanten Nutzung von komplementärmedizinischen Verfahren, sowie zu Ihrem Beratungsbedarf zu machen. Bitte bringen Sie diesen ausgefüllten Fragebogen zum Termin mit oder schicken Sie uns diesen vorab per Post oder E-Mail an die unten aufgeführte Adresse. Mehrfachantworten sind möglich. Bitte bedenken Sie, dass es kein richtig oder falsch gibt und wir Sie am besten beraten können, wenn Sie uns möglichst genau Auskunft geben.

Persönliche Daten und Erkrankungsanamnese

1 Diagnose:

Aktuelle Therapie:

Aktuelles Körpergewicht:

Letzte Beratung bei uns

Gibt es spezielle Wünsche im Hinblick auf das Beratungsgespräch bei uns?

.....

Aktuelle Medikation

Müssen Sie regelmäßig Medikamente einnehmen? Wenn ja welche? (Name des Präparates, Darreichungsform und Dosierung)

.....

.....

.....

.....



Vitamine und andere Präparate, die Sie selbstständig einnehmen

Führen Sie hier bitte alle Präparate auf, die Sie selbst zusätzlich einnehmen und die nicht von einem Arzt verordnet wurden (Name des Präparates, Darreichungsform und Dosierung)

z.B.: A-Z Depot, Abtei (Tabletten) einmal morgens (=1-0-0-0)

.....
.....
.....
.....

Chronobiologie

Wie ist ihr Tagesrhythmus (Wann stehen Sie auf, gibt es Nickerchen zwischendurch, wann gehen Sie zu Bett)?

.....

Schlafen Sie gut und erholsam? Besteht eine Ein- oder Durchschlafstörung?

.....

Auf einer Skala von 0-10 (0 ich bin sehr erschöpft, 10 = wo ist das Holz, das ich hacken kann) – auf welchem Energieniveau bewegen Sie sich durchschnittlich?

.....

Symptomlast

Bitte führen Sie im Folgenden aus, ob Sie sich durch Symptome/Therapie Nebenwirkungen derzeit belastet fühlen:

- Ich fühle mich den Umständen entsprechend gut
- Ich fühle mich im Moment nicht so gut und die 3 führenden Symptome/Probleme hierbei sind (bitte geben Sie in Klammern den Ausprägungsgrad an von 0-10; 0= nicht vorhanden, 10 = maximale Ausprägung):

.....
.....
.....



Vielen Dank, dass Sie sich für das Ausfüllen des Fragebogens Zeit genommen haben.

Wir freuen uns auf das Beratungsgespräch mit Ihnen!

Ihr KOI Team

Rücksendeadresse:

Komplementäre Onkologie Integrativ (KOI)

z.Hd. Dr. Claudia Löffler

Josef-Schneider-Str.6

97080 Würzburg

Mail: CCC_Anmeldung@ukw.de

Telefonnummer unserer Anmeldung bei Rückfragen: 0931-20135350