

Mein Besuch beim Arzt

Ich bringe diesen Bericht auch in Deutsch mit zum Arzt

1. Warum komme ich?

- a) Ich habe Schmerzen
- b) Ich habe Schwindel
- c) Ich habe allgemeine Fragen
- d) Ich möchte geimpft werden
- e) Ich habe Durchfall
- f) Ich habe Verstopfung
- g) Ich habe Erbrechen
- h) Ich bin ständig traurig
- i) Ich kann schlecht schlafen
- j) Ich habe Angst
- k) Meine Medikamente sind alle
- l) Husten/Schnupfen/Heiserkeit/Halsschmerzen/Ohrenschmerzen
- m) Ich habe Zahnschmerzen
- n) Ich habe Probleme beim Sehen
- o) Ich habe Probleme mit meiner Haut

2. Seit wann bestehen meine Beschwerden?

- a) seit ca. _____ Tagen
- b) seit ca. _____ Wochen
- c) seit ca. _____ Monaten

3. Wo sind meine Beschwerden?

- a) am Kopf
- b) am Hals
- c) am Oberkörper
- d) am Bauch
- e) am Po
- f) am Penis/an der Scheide
- g) am Arm
- h) am Bein
- i) an der Hand
- j) am Fuß

4. Habe ich diese Beschwerden zum ersten Mal?

- a) ja
- b) nein

5. Sind meine Beschwerden die ganze Zeit immer gleich?

- a) ja
- b) nein

6. Kann ich meine Beschwerden selbst beeinflussen?

- a) ja
- b) nein

6.1 Wodurch wird es besser?

6.2 Wodurch wird es schlechter?

7. Was habe ich selbst schon versucht, um meine Beschwerden zu verbessern?

8. Was vermute ich als Auslöser meiner Beschwerden?

9. Habe ich noch weitere Begleitsymptome?

- a) Fieber _____ °C
- b) Schmerzausstrahlung
- c) Übelkeit
- d) Erbrechen
- e) Durchfall
- f) Brennen beim Wasserlassen
- g) Luftnot
- h) Taubheitsgefühl
- i) Herzstolpern
- j) verminderte Belastbarkeit

10. habe ich bekannte Vorerkrankungen?

- a) ja
- b) nein

11. Welche Medikamente nehme regelmäßig ein?

12. Habe ich Allergien?

- a) ja
- b) nein
- c) weiß ich nicht

13. Bin ich schwanger?

- a) ja
- b) nein
- c) weiß ich nicht