

**Intakeformular - Zweitmeinung bei unklaren Beschwerden**

Bitte füllen Sie das folgende Formular aus, damit wir Ihre Situation bestmöglich einschätzen und vorbereiten können. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt.

**Persönliche Angaben**

**Name:**  
**Geburtsdatum:**  
**Adresse:**  
**Telefonnummer:**  
**E-Mail-Adresse:**

**Beschwerden und Anliegen**

**Welche Beschwerden bestehen derzeit?**  
*(Bitte beschreiben Sie Ihre Symptome so konkret wie möglich: z. B. Müdigkeit, Schmerzen, Magen-Darm-Probleme, Herzklopfen, etc.)*

**Seit wann bestehen die Beschwerden?**

**Gab es bereits eine Diagnose? Wenn ja, welche?**

**Welche Untersuchungen wurden bereits durchgeführt?**

*(z. B. Blutuntersuchung, MRT, Endoskopie, etc.)*

**Welche Behandlungen oder Medikamente wurden bisher ausprobiert?**

**Psychosoziale Aspekte (optional)**

**Gibt es aus Ihrer Sicht seelische Belastungen, die eine Rolle spielen könnten?**  
*(z. B. Stress, Konflikte, traumatische Erlebnisse)*

**Wie stark beeinträchtigen Sie die Beschwerden im Alltag (Skala 1–10)?**

**Erwartungen an die Zweitmeinung**

**Was erhoffen Sie sich von dem Gespräch / der Zweitmeinung?**

**Gibt es besondere Fragen, die Sie gerne klären möchten?**

**Datum & Unterschrift:**

Ort, Datum        Unterschrift Patient/in