

# Patienten-Fragebogen

Name \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ Kind/er

Anschrift \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Mobiltel.: \_\_\_\_\_

Erlerner Beruf \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Momentan ausgeübter Beruf \_\_\_\_\_

Sport/Hobbies: \_\_\_\_\_

Wie fühlen sie sich morgens, wenn sie aufwachen?

\_\_\_\_\_

Wo/ Welche Beschwerden haben Sie? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Seit wann haben Sie die Beschwerden?

\_\_\_\_\_

Wie fühlen sich Ihre Beschwerden an? (z.B. stechend, drückend, ziehend, stumpf) Tiefer oder oberflächlicher Schmerz ?

\_\_\_\_\_

Wann/Wobei haben Sie Beschwerden? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Noch andere /weitere Beschwerden? (Blutdruck, Verdauung, Blutzucker, Schilddrüse, Kreislauf, Leber, Galle, Herz, Gelenke) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wie stark empfinden Sie den Schmerz? (bitte setzen Sie ein Kreuz auf der Linie - siehe Rückseite)

\_\_\_\_\_

kein Schmerz .----- . stärkster (bekannter) Schmerz  
Welche Narben und Verletzungen haben Sie?

---

Haben Sie einen Herzschrittmacher? \_\_\_\_\_

Welches erstes / minimales Ziel haben Sie für Ihre Behandlung?

---

Welche OPs hatten Sie schon? Bitte mit Jahresangabe in chronologischer Reihenfolge angeben! \_\_\_\_\_

---

Restsymptome: \_\_\_\_\_

---

Hatten Sie schon mal ein Schleudertrauma? \_\_\_\_\_

Hatten Sie Unfälle/ Stürze ?

---

---

Sind Sie „wetterfühliger“?

---

Wofür nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? \_\_\_\_\_

---

Sind sie erblich vorbelastet ? \_\_\_\_\_

Gab es Schwierigkeit bei Ihrer eigenen Geburt oder Kindheit?

---

---

Was und wie viel trinken Sie am Tag

Rauchen Sie/ andere Süchte? Wie viel am Tag?

---

Wie viele Schwangerschaften? Jetzt schwanger? \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift

---