



Patientenfragebogen

Sehr geehrte/r Patient/in,
um Ihnen eine angemessene und auf ihr Gesundheitsproblem zugeschnittene Behandlung zu gewährleisten, sind für uns vielfältige Informationen erforderlich, die sich allein aus Ihrer Heilmittelverordnung nicht ergeben. Diese sind die Basis unserer Befunderhebung und sichern eine effiziente und für Sie erfolgreiche Therapie. Selbstverständlich steht es Ihnen frei, Fragen nicht zu beantworten.

Wir versichern Ihnen, dass alle Angaben, die Sie hier machen, den Regelungen zum Patientengeheimnis unterliegen und nicht an unberechtigte Dritte weitergegeben werden. Vielen Dank für Ihr Vertrauen!

Fragen zur Person (Ihre Kontaktdaten sind freiwillig, um Sie bei Terminänderung erreichen zu können)

Name, Vorname:	Geb. am:	m/ w
Str./ PLZ/ Ort:	Tel. beruflich	
	Tel. privat	
	E- Mail	

Wo haben sie ihre derzeitigen Beschwerden/ Schmerzen?

Wodurch wurden die Schmerzen verursacht?

Wie lange bestehen die Schmerzen schon?

Was verstärkt oder lindert die Schmerzen? (z.B. Heben, Stehen, Sitzen, Liegen usw.)

Bessern sich dire Schmerzen bei bestimmter Körperhaltung?

Wecher Art sind die Schmerzen (ziehend, drückend, stechend, pochend)?

Verstärken sich die Schmerzen bei Belastung oder durch Husten, Niesen oder Pressen?

Haben sie neben den Schmerzen auch Empfindungsstörungen, z.B. Lähmungen, Taubheitsgefühl?

Worauf führen sie ihre derzeitigen Beschwerden zurück?

Privat Beruflich Sport Unfall Operation Fraktur

Wie stark sind ihre derzeitigen Schmerzen?

schwach 0 1 0 2 0 3 0 4 0 5 0 6 0 7 0 8 0 9 0 10 sehr stark

Wie sehr belasten sie die derzeitigen Beschwerden?

wenig 0 1 0 2 0 3 0 4 0 5 0 6 0 7 0 8 0 9 0 10 sehr belastend

Welchen Beruf üben sie aus?

Welche sportliche Aktivität üben sie aus?



b.w.

Hatten sie in den letzten Jahren chirurgische Eingriffe (Operationen)? wenn ja, welche Ja: Nein:

Leiden sie an Osteoporose Arthrose Reumathische Erkankungen Gicht
Ja: Nein: Ja: Nein: Ja: Nein: Ja: Nein:

Haben sie neue oder wiederholt auftretende weiche Schwellungen eines oder mehrerer Gelenke?
Ja: Nein:

Leiden sie unter Morgensteifigkeit der Gelenke, die mindestens 30 Minuten andauert und dabei unüberwindbar bleibt?
Ja: Nein:

Sind in der letzten Zeit Probleme mit dem Halten/ Kontrollieren von Harn und Stuhl aufgetreten?
Ja: Nein:

Leiden sie an einem Tumor/ Krebsleiden im Moment oder in der Vergangenheit (auch geheiltes Krebsleiden)?
Ja: Nein:

Haben sie Probleme mit dem Kiefergelenk (Kauen/ Knirschen)?
Ja: Nein:

Fühlen sie sich psychisch belastet und/ oder gestresst?
Ja: Nein:

Leiden sie an einer Herzerkrankung?
 Bluthochdruck
 Koronare Herzkrankheit

Leiden Sie an Diabettes mellitus?
Ja: Nein:

Sind sie schwanger?
Ja: Nein:

Leiden sie an: Kopfschmerzen Schwindel Übelkeit Sprachprobleme Schluckprobleme
zutreffendes bitte umkreisen

Sind sie schwanger?
Ja: Nein:

Nehmen sie momentan Medikamente oder haben sie längere Zeit welche genommen?
 Marcumar (Blutverdünnung) Beta- Blocker
 Schmerzmittel (Produktname: Häufigkeit der Einnahme:
 Cortison

Leiden sie an sonstigen Erkrankungen (Nebendiagnosen wie Schilddrüsendysfunktion, Tuberkulose etc.)
Wenn ja, welche?
Ja: Nein:

.....
Ort, Datum

.....
Unterschriften des Patienten