

Patientenfragebogen

Fragen zu Ihrer Person:

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ, Stadt: _____

Tel./Mobil: _____ Email: _____

Geburtsdatum: _____ Alter: _____

Behandelnder Arzt: _____

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig, damit wir etwaigen Risiken besser vorbeugen können. Zutreffendes bitte ankreuzen und/oder unterstreichen bzw. ergänzen. Bei Bedarf helfen wir Ihnen gerne beim Ausfüllen:

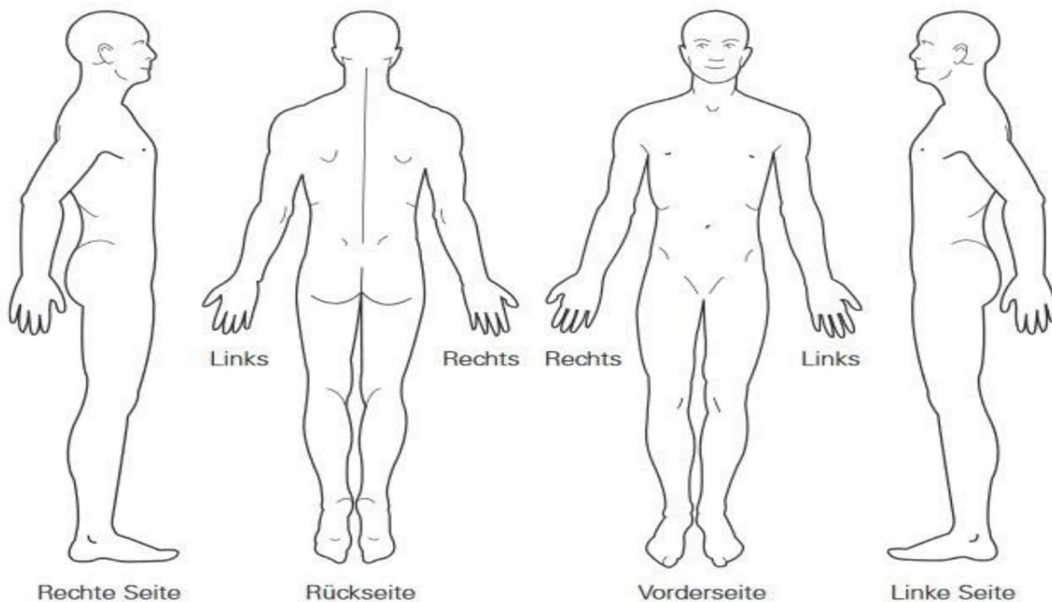
Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg Geschlecht: weiblich männlich divers

Berufliche Tätigkeit: _____

1. Was ist der Grund Ihres Besuches bei mir zur Behandlung?

2. Haben Sie Schmerzen, Taubheitsgefühle, Bewegungseinschränkungen? Ja Nein
Wenn ja – bitte beschreiben Sie genauer

Wenn ja, wo haben Sie diese Beschwerden? Bitte einzeichnen



3. Wann treten Ihre Beschwerden auf? Bitte ankreuzen

a. Bei Bewegung Ja Nein

-wenn ja, bei welcher Art von Bewegung? Bitte beschreiben Sie genauer:

b. In Ruhe? Ja Nein

c. Bei einem Wetterumschwung? Ja Nein

d. Nach dem Essen? Ja Nein

e. Vor und/oder während des Essens? Ja Nein

f. Beim Toilettengang? Ja Nein

g. Bei Frauen: vor oder während der Periode? Ja Nein

h. Nachts? Ja Nein

4. Seit wann haben Sie diese Beschwerden? _____

5. a) Was wurde bisher gegen die Beschwerden unternommen?

b) Was wurde an diagnostischen Maßnahmen (Labor, Röntgen, MRT, etc.) gemacht?

6. A) Haben oder Hatten Sie noch andere Nebenerkrankungen oder Beschwerden (z.B. eine schwere Infektionskrankheit)? Ja Nein

Wenn ja, welche und wann?

b) Haben Sie Unverträglichkeiten oder Allergien? Ja Nein

Wenn ja, welche?

7. Hatten Sie in der Vergangenheit einen / mehrere Unfälle (auch Sportunfälle)? Ja Nein

7a. Kam es dabei zu Verletzungen (z.B. Knochenbrüche, Stauchungen, etc.)? Ja Nein

Wenn ja, wann und welche?

8. Wurden Sie schon mal operiert? Ja Nein

Wenn ja, wann und was wurde operiert? Bitte chronologische aufführen.

9. Nehmen Sie Medikamente? Ja Nein
Wenn ja, welche und wie viel? Bitte listen Sie Ihre Medikamente hier auf.

10. Treiben Sie regelmäßig Sport? Ja Nein
Wenn ja, welchen Sport und wie oft (Stunden pro Woche)?

11. Waren Sie schon einmal beim Heilpraktiker, Physiotherapeuten, Osteopathen oder
Chiropraktiker? Ja Nein
Wenn ja, wann zuletzt? _____
Gab es Komplikationen? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

12. Was sind Ihre Ziele der Behandlung und was erwarten Sie von der Behandlung bei mir?

13. Wie wurden Sie auf mich aufmerksam? _____
Empfehlung von: _____
Google Jameda andere Portale _____

14. Bemerkungen: _____

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Ort/Datum

Unterschrift