



Name, Vorname:
Geburtsdatum:
Straße:
PLZ / Ort:
Tel.:
E-Mail:
emfohlen von:

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,
ich möchte Sie optimal beraten und behandeln.
Bitte füllen Sie dazu diesen Fragebogen in Ruhe aus
und und bringen Sie diesen zum ersten Termin mit.
Bei den genannten Beispielen genügt es, diese zu
unterstreichen, sofern sie bei Ihnen zutreffen.

Krankenversicherung: gesetzlich, welche:
 privat, welche:
 Beihilfe, Post

Diese Angaben unterstehen der Schweigepflicht und sind keinem Dritten zugänglich.

Beruf: Körpergröße: cm Gewicht: kg

Sport: nein ja, Sportart/en: wie oft:

Sind Sie schwanger? Nein Ja, in Woche

Bestehen Allergien? Nein Ja, folgende:

Bestehen oder bestanden Infektionskrankheiten? Nein Ja, folgende:

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente? Nein Ja, folgende:

Welche Operationen wurden bislang durchgeführt und wann (Jahr)?

Besteht bei Ihnen eine diagnostizierte Erkrankung der Wirbelsäule? (z.B. Skoliose, Morbus Bechterew, Arthrose, Bandscheibenvorwölbung - oder vorfall?)

Welche schweren Erkrankungen oder Traumata (z.B. Unfall, Fraktur, Schock...) haben Sie durchgemacht und wann (Jahr)?

Bestehen Probleme mit dem Kiefergelenk? Ja Nein

Tragen Sie eine Schiene Ja Nein

Tragen Sie orthopädische Einlagen? Nein Wenn ja, welche Seite und seit wann

Haben Sie Gerinnungsstörungen? Ja Nein

Leiden Sie unter einer Stoffwechselerkrankung? Ja Nein

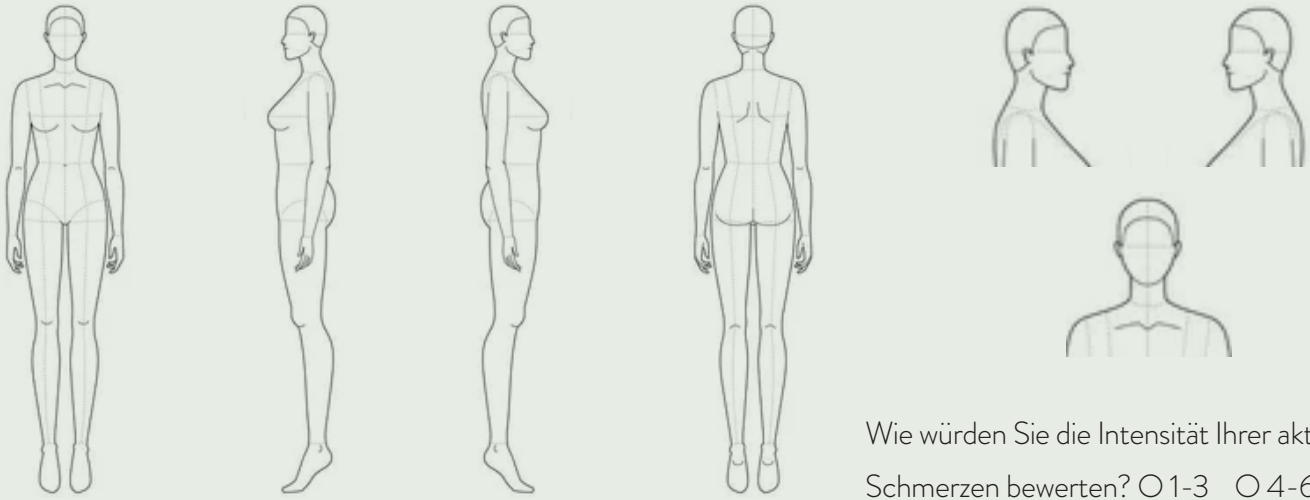
Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? Ja Nein

Leiden Sie unter Migräne oder Kopfschmerzen? Ja Nein

Haben Sie eine bekannte Epilepsie? Ja Nein

Leiden Sie unter Schlafstörungen? Ja Nein

Bitte die Beschwerdezone(n) mit „X“ markieren und die Ausstrahlung mit „====“ einzeichnen.



Wie würden Sie die Intensität Ihrer aktuellen Schmerzen bewerten? 1-3 4-6 7-10

Seit wann haben Sie Schmerzen?

Wie oft haben Sie Schmerzen?

Immer mehrmals am Tag alle paar Tage wöchentlich seltener

Gab es ein auslösendes Ereignis?

Wie ist das Schmerzempfinden?

(Ziehend, brennend, stechend, klopfend, bohrend, drückend, krabbelnd, reissend, kolikartig, krampfend, dumpf, beengend,...)

Was verschlimmert den Schmerz?

(Körperliche Belastung, längeres Stehen, Sitzen, Gehen, Stress, Kälte, Wärme, Nahrungsmittel, Husten, Niesen,...)

Tageszeit: / Wetterlage, Monatsblutung, Sonstiges:

Was vermindert den Schmerz?

(Ruhe, Schlaf, Bewegung, Wärme, Kälte, Sport, Schmerzmittel, Urlaub, Sonstiges,...)

Augen: Weitsichtigkeit, Kurzsichtigkeit, grauer Star, Glaukom, Bindehautentzündung, Sonstiges

Ohren: Schmerzen, Entzündungen, Tinnitus re/li seit Hörgeräte, Sonstiges

Nase: chronische Nasennebenhöhlenentzündung, Sonstiges

Mund/Zähne: Zahnersatz, rezidivierende Herpes Infektionen, Sonstiges

Arme: Verletzungen, Kribbeln, kalte Hände oder Finger, Arthritis, Sonstiges

Beine: Krampfadern, Verletzungen, Unruhe, Kribbeln, Wadenkrämpfe, Sonstiges

Lunge: chron. Bronchitis, Husten, COPD, Asthma, Rauchen, wenn ja, wieviel Sonstiges

Herz: Hypotonus, Hypertonus, Rhythmusstörung, Infarkt, Schrittmacher, Herzinsuffizienz, Sonstiges

Niere/Blase: chron. Blasenentzündung, Nierenbeckenentzündung, Inkontinenz, Steine, Sonstiges

Rücken: Schmerzen, Skoliose, Verspannung, eingeschränkte Beweglichkeit, Sonstiges

Magen: Schmerzen, Unverträglichkeiten, Völlegefühl, Übelkeit, Erbrechen, Sodbrennen, Appetitlosigkeit

Darm: Schmerzen, Unverträglichkeiten, Verstopfung, Durchfall, Blähungen, Entzündungen

Leber/Galle: Steine, Koliken, Oberbauchbeschwerden, Pankreatitis, Hepatitis, Sonstiges

Gynäkologie: Regelschmerzen, Unregelmässigkeiten, Brustschmerzen, Wechseljahrsbeschwerden

