

Patientenfragebogen



Aktuelles Datum _____

Sehr geehrte Patienten,
es ist unser Ziel, Sie optimal zu behandeln. Aus diesem Grund benötigen wir vorab ein paar Informationen zu Ihrer Person und zu Ihrem Beschwerdebild. Alle Informationen unterliegender Schweigepflicht und werden nicht an dritte weitergegeben.

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen.

Name _____ Vorname _____

Adresse _____

Telefon _____ Geschäft _____ Mobil _____

Email _____ Versicherung Geb.-Datum _____

Beruf _____ Hausarzt _____ Sport/Hobby _____

Urlaub, etc. _____

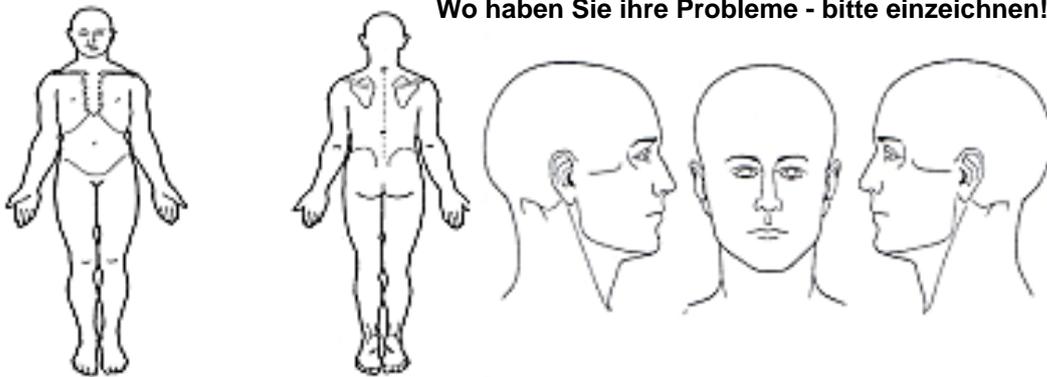
Terminwahrnehmung / Zeitfenster

Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag

von / bis _____ von / bis _____ von / bis _____ von / bis _____ von / bis _____

Eine Absage sollte spätestens 24 Stunden vor der Behandlung erfolgen. Bitte denken Sie daran, bei der ersten Behandlung, die gesetzliche Zuzahlung, für ihr Rezept zu bezahlen. *Dies gilt nicht für privat Versicherte.*

Wo haben Sie ihre Probleme - bitte einzeichnen!



1.) Was sind ihre Hauptbeschwerden? _____

2.) Haben Sie Schmerzen?

Ja Nein

3.) Ist Ihre Beweglichkeit verändert?

Ja Nein

4.) Ist Ihre Sensibilität verändert (Kribbelerscheinungen, Taubheit)?

Ja Nein

5.) Haben Sie einen Kraftverlust

Ja Nein

6.) Was bereitet Ihnen im Alltag Beschwerden? _____

7.) Wie lange haben Sie ihre Beschwerden schon? _____

8.) Gab es einen Auslöser für ihre Beschwerden (Sturz, Unfall oder etc.) _____

9.) Was verbessert Ihre Beschwerden?

Aktivität Bewegung Ruhe Stehen Sitzen Liegen Gehen Tragen

10.) Was verschlechtert Ihre Beschwerden?

Aktivität Bewegung Ruhe Stehen Sitzen Liegen Gehen Tragen

11.) Wie stark sind Ihre Schmerzen momentan?

(kein Schmerz) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (maximaler Schmerz)

12.) Wie stark sind Ihre Schmerzen maximal?

(kein Schmerz) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (maximaler Schmerz)

13.) Haben Sie Ihre Beschwerden: **permanent** **mit Unterbrechungen**

14.) Sind Ihre Beschwerden: **gleich bleibend** **besser werdend** **verschlechternd**

15.) Haben Sie Schmerzen beim: **Husten** **Niesen** **Pressen** **Schlucken?**

16.) Leiden Sie an: **Schwindel** **Übelkeit** **Ohnmachtsanfällen** **Schluckstörungen**

17.) Haben sie eine der folgenden Erkrankungen? **Diabetes** **Rheuma** **Osteoporose**

18.) Nehmen Sie momentan **Medikamente** ein? Ja Nein

19.) Hatten Sie jemals einen **Tumor** oder eine **Krebserkrankung** Ja Nein

20.) Haben Sie **nachts Schmerzen**? Ja Nein

21.) Haben Sie in den letzten Wochen **unerwartet abgenommen**? Ja Nein

22.) Hatten Sie in Ihrem Leben schon **Unfälle** und / oder **Operationen**

23.) Haben Sie sonstige Beschwerden, welche mit den Hauptbeschwerden **nicht** im Zusammenhang stehen?
Sehprobleme **Sprechprobleme** **Hörprobleme** **Inkontinenz**

24.) Welche Maßnahmen zur Diagnostik/Therapie wurden bisher durchgeführt?

Röntgen Computertomographie Kernspintomographie (MRT) Spritze Massage
Physiotherapie

Anderes _____

25.) Was sind Ihre Erwartungen und Ziele für die Therapie?

26.) Bei welchen Ärzten waren sie bezüglich ihre Erkrankung bereits bereits, und wann?

27.) Kurze Erläuterung des Krankheitsverlaufes