

Angaben zu Ihrer Gesundheit

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
damit wir während der Behandlung optimal auf Ihre Bedürfnisse eingehen können bitten wir Sie, folgenden Fragebogen auszufüllen:

Herr Frau

Name _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

Geburtsdatum _____

Krankenkasse _____

Hausarzt _____

Weitere behandelnde Ärzte _____

► Grund für Ihr Kommen: _____

► Seit wann bestehen die aktuellen Beschwerden? _____

Haben oder hatten Sie Vorerkrankungen oder Beschwerden in den folgenden Bereichen? Wenn ja, welche?

Bewegungsapparat (z. B. Schmerzen, Bewegungseinschränkungen) Nein Ja,

Kopf/Nervensystem (z. B. Schmerzen, Schwindel, Missempfindungen) Nein Ja,

Mundraum/Zähne (z. B. Aphten, Zungenbrennen, Zahnschmerzen, Entzündungen) Nein Ja,

Magen-Darm-Trakt (z. B. Verdauungsbeschwerden, Schmerzen) Nein Ja,

Stoffwechsel (z. B. Mangelzustände) Nein Ja,

Herz/Kreislauf (z. B. Bluthochdruck, Herzrasen) Nein Ja,

Atemwege (z. B. Husten, Nebenhöhlenentzündungen, chronische Bronchialerkrankungen) Nein Ja,

Niere/Blase (z. B. Beschwerden beim Wasserlassen) Nein Ja,

Hormonell (z. B. Haarausfall, Schilddrüsenbeschwerden, Zyklusbeschwerden) Nein Ja,

Haut (z. B. Rötungen, Juckreiz, auffällige Muttermale, Schwitzen)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja,	
Allergien (z. B. gegen Pollen, Medikamente)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja,	
Geschlechtsorgane (z. B. Infektionen, Schmerzen, Funktionseinschränkungen)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja,	
Infektionen (z. B. Streptokokken-Infektionen, Grippe, Bronchitis)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja,	Wann?
Psyche (z. B. Depressionen, Angstzustände)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja,	
Schlaf (z. B. Tagesmüdigkeit, Ein- oder Durchschlafschwierigkeiten)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja,	

Allgemeine Fragen

► Benötigen/tragen Sie Brille/Kontaktlinsen, Hörgerät, Zahnprothesen, sonstige Prothesen, Implantate, Gehhilfen?

Nein Ja, _____

► Nehmen Sie Medikamente?

Nein Ja, _____

► Letzter Krankenhausaufenthalt? _____

► Impfstatus Vollständig Unvollständig Nicht bekannt

► Röntgenpass Vorhanden Nicht vorhanden

► Rauchen Sie? Nein Ja, _____ Zigaretten pro Tag

► Trinken Sie Alkohol? Nie Gelegentlich Regelmäßig Täglich

► Treiben Sie Sport? Nein Ja, _____ pro Woche

(nur für Frauen) Besteht aktuell ► Kinderwunsch Nein Ja oder eine ► Schwangerschaft Nein Ja?

► Stillen Sie? Nein Ja

► Wie würden Sie Ihre Ernährung beschreiben?

Ausgewogen Überwiegend gesund Eher ungesund Besondere Ernährungsform: _____

► Gibt es noch etwas, das wir wissen sollten? _____

► Datum _____ ► Unterschrift _____

Vielen Dank!