

Patientenangaben

Name: _____ geb. am: _____

Straße: _____ Beruf: _____

PLZ und Wohnort: _____

Telefon / Mobilnummer: _____ E-Mail: _____

Ich bin mit dem Versand der Rechnung per email (als pdf) einverstanden ☐ nein ☐ ja

Krankenversicherung: _____ Zusatzversicherung: _____

Hausarzt: _____

bei Minderjährigen bitte zusätzlich Vorname / Name aller Sorgeberechtigten des Versicherten angeben:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

☐ Empfehlung durch _____ ☐ andere Ärzte ☐ Telefonbuch ☐ Internet

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers

Größe: _____ Gewicht: _____

Was führt Sie zu uns?

☐ Ich habe aktuell keine Beschwerden, bin aus prophylaktischen Gründen hier.

☐ Meine Beschwerden bestehen seit: _____

☐ akut ☐ chronisch ☐ treten in Schüben auf

☐ in Ruhe ☐ unter Belastung ☐ nach Belastung

Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden?

☐ Stress ☐ Sturz ☐ Autounfall ☐ nicht bekannt ☐ andere Ursachen _____

Schmerzzunahme durch: _____

Schmerzlinderung durch: _____

Wie äußern sich die Beschwerden:

(z.B. Kribbeln im Bein, ausstrahlende Schmerzen in den Arm,...) _____

Waren Sie schon in Behandlung mit Ihren Beschwerden? ☐ nein ☐ ja

☐ Arzt ☐ Chiropraktiker ☐ Masseur ☐ Heilpraktiker ☐ Osteopath ☐ Physiotherapeut

Name / Anschrift: _____

Bisherige Therapiemaßnahmen? _____

aktuelle Befunde (Röntgen, Labor, MRT, CT,...) wann/bei wem? _____

letzte Knochendichtemessung: _____

Kopfschmerzen / Migräne	☐ nein	☐ ja	_____
Schwindel	☐ nein	☐ ja	_____
Sehstörungen	☐ nein	☐ ja	_____
Gesichtsschmerzen	☐ nein	☐ ja	_____
Tinnitus	☐ nein	☐ ja	_____
Schwindel (Dreh/Schwank/Lage)	☐ nein	☐ ja	_____
Kieferprobleme	☐ nein	☐ ja	_____
Rücken-/ Nackenschmerzen	☐ nein	☐ ja	_____
Kribbeln/Taubheit /Krämpfe	☐ nein	☐ ja	_____
Morgensteifigkeit	☐ nein	☐ ja	_____
Schwächegefühl/Müdigkeit	☐ nein	☐ ja	_____
Schluckbeschwerden	☐ nein	☐ ja	_____
Herzrhythmusstörungen	☐ nein	☐ ja	_____
Gelenkschmerzen	☐ nein	☐ ja	_____
Blasenbeschwerden	☐ nein	☐ ja	_____
Verdauungsstörungen / Blähungen	☐ nein	☐ ja	_____
Magenbeschwerden Sodbrennen	☐ nein	☐ ja	_____
Sonstige Beschwerden			_____

Anamnese:

Nehmen Sie aktuell Medikamente: ☐ nein ☐ ja

Welche? / Welche Dosierung?

☐ Schmerzmittel /Entzündungshemmer: _____

☐ Blutverdünner (z.B. Marcumar/ASS): _____

☐ andere Medikamente: _____

☐ Nahrungsergänzungsmittel (Calcium, Magnesium, Vit D,...): _____

Schwangerschaft ☐ nein ☐ vielleicht ☐ ja, _____ Woche Stillzeit ☐ nein ☐ ja

Voroperationen: _____

Vorerkrankungen:

Allergien ☐ nein ☐ ja gegen: _____

Nahrungsmittelunverträglichkeiten ☐ nein ☐ ja gegen: _____

Gefäßerkrankungen ☐ nein ☐ ja seit: _____

Herzinfarkt ☐ nein ☐ ja wann: _____

Schlaganfall ☐ nein ☐ ja wann: _____

Bluthochdruck ☐ nein ☐ ja seit: _____

Asthma /COPD ☐ nein ☐ ja seit: _____

Depressionen/Burn out ☐ nein ☐ ja wann: _____

Diabetes mellitus Typ1 / Typ2 ☐ nein ☐ ja seit: _____

Schilddrüsenerkrankungen ☐ nein ☐ ja seit: _____

sonstige Stoffwechselerkrankungen ☐ nein ☐ ja seit: _____

Osteoporose ☐ nein ☐ ja seit: _____

Krebs /Tumorerkrankungen ☐ nein ☐ ja _____

Strahlen-/Chemotherapie ☐ nein ☐ ja _____

Cortisontherapie ☐ nein ☐ ja _____

Multipler Sklerose ☐ nein ☐ ja seit: _____

Epilepsie/Krampfleiden ☐ nein ☐ ja seit: _____

Schleudertrauma ☐ nein ☐ ja wann: _____

Bandscheibenvorfall ☐ nein ☐ ja wann: _____

Morbus Bechterew ☐ nein ☐ ja _____

Knochenbrüche ☐ nein ☐ ja _____

Rheuma / Fibromyalgie o.ä.	☐ nein	☐ ja	festgestellt durch _____
Neurodermitis /Schuppenflechte	☐ nein	☐ ja	_____
Thrombose / Gerinnungsstörungen	☐ nein	☐ ja	_____
Infektionskrankheiten	☐ nein	☐ ja	_____
Geburten /Fehlgeburten	☐ nein	☐ ja	_____
Unfälle / Stürze	☐ nein	☐ ja	_____

Ich habe: ☐ Brille ☐ Zahnschiene ☐ Zahnsperre ☐ fehlende oder tote Zähne ☐ Einlagen

☐ Schuherhöhung ☐ Bandagen ☐ Gehstock/Rollator ☐ _____

Rauchen Sie? ☐ nein ☐ ja Wie viel? _____

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ☐ nein ☐ ja Wie oft? _____

Treiben Sie Sport? ☐ nein ☐ ja Wie oft? _____

Welchen? _____

Sitzende/Stehende Arbeit? ☐ nein ☐ ja Wie lange pro Tag? _____

Schwere körperliche Arbeit? ☐ nein ☐ ja

Veganer? Vegetarier ☐ nein ☐ ja

Schlafen Sie nachts durch? ☐ nein ☐ ja

Wie häufig werden Sie wach? Warum? _____

Schnarchen/Zähneknirschen? ☐ nein ☐ ja

Für ergänzende Angaben bitte die Rückseite benutzen!

Ich habe den Fragebogen vollständig gelesen und verstanden.

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

_____, _____
Ort Datum

Unterschrift PatientIn, bei Minderjährigen Unterschrift der Sorgeberechtigten

Die aus der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) resultierenden Verpflichtungen werden, gemäß der Vorschriften, gesondert erfüllt und dokumentiert.