

Allgemeiner Patientenfragebogen

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Was ist der Grund für Ihren Besuch?

Wie und wobei machen sich die Beschwerden im Alltag bemerkbar?

Welches Ziel wollen Sie durch die Therapie erreichen?

Woran werden Sie es im Alltag merken, dass die Therapie erfolgreich ist?

Wodurch wurden die Beschwerden ausgelöst?

Wie lassen sich die Beschwerden lindern? (z.B. Wärme, Kälte, Medikamente, Bewegung...)

Wodurch werden die Beschwerden verstärkt?

(z.B. Wärme, Kälte, Medikamente, bestimmte Bewegungen ...)

Seit wann bestehen die Beschwerden und wie haben sie sich seitdem verändert?

Welche Therapien sind bisher erfolgt und wie haben sie geholfen?

Leiden Sie an einer chronischen und/oder schweren Krankheit?

Wenn ja, welche und seit wann?

Haben Sie schon mal eine schwere Krankheit durchgemacht? Wenn ja, welche und wann?

Hatten Sie Unfälle oder schwere Verletzungen?

Datum	Art des Unfalls / der Verletzung	Zurückgebliebene Folgeschäden

Hatten Sie schon mal einen Krankenhausaufenthalt?

Datum	Ursache

Nehmen Sie zurzeit Medikamente?

Medikament	Einnahme seit	Häufigkeit	Nebenwirkungen

Persönliche Daten

Überweisender Arzt:

Arbeitsunfähigkeit seit:

Diagnose:

Heilmittel:

Verordnung:

Alter:

Größe:

Gewicht:

Familienstand:

Anzahl Kinder:

Freizeitaktivitäten:

Erlerner Beruf:

Jetzige Tätigkeit:

Rauchen Sie?

NEIN

JA

Wenn ja, wieviel?

Trinken Sie Alkohol?

NEIN

JA

Wenn ja, wie häufig und wieviel?