

PATIENTENBEFUNDBOGEN

Sehr geehrte(r) Patient/in,
um sie optimal behandeln zu können, brauchen wir einige Informationen zu Ihrer Gesundheitsvorgeschichte und zu Ihrem Beschwerdebild. Alle persönlichen Daten werden von uns vertraulich behandelt und nicht weitergegeben.
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Name	Geburtsdatum
Sport/Hobby	Beruf
Was sind Ihre Hauptbeschwerden ?	
Wie stark sind Ihre Beschwerden? Bitte kreuzen Sie die entsprechende Schmerzstärke an: Kein Schmerz 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 maximaler Schmerz	
Wie lange bestehen Ihre Beschwerden schon?	
Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden z.B. Sturz oder Unfall?	
Wodurch werden Ihre Beschwerden ausgelöst/verstärkt ?	
Was lindert Ihre Beschwerden: Wärme, Kälte, Ruhe, Bewegung?	
Welche ärztlichen Untersuchungen und/oder Therapien wurden bisher gemacht?	
Wurde Bildgebende Diagnostik gemacht? Röntgen, CT, MRT, bitte möglichst zur Behandlung mitbringen!	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Medikamente ? wenn ja welche?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Sind sonstige akute oder chronische Erkrankungen bekannt: Osteoporose, Herzinfarkt, Schlaganfall, Rheuma, etc.? wenn ja welche?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Haben Sie Schmerzen in Ruhe oder in der Nacht ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Kopfschmerzen, Schwindel oder Übelkeit ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie Sensibilitätsstörungen oder einen Kraftverlust ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie Gang- oder Gleichgewichtsstörungen ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hatten Sie bisher schon Unfälle, Verletzungen oder Operationen ? wenn ja welche?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hatten Sie schon einen Tumor, Hepatitis, HIV, etc.? wenn ja was?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Leiden Sie im Moment unter Müdigkeit, ungewolltem Gewichtsverlust oder allgemeinem Unwohlsein ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sind sie schwanger ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Rauchen Sie oder trinken Sie Alkohol ? wenn ja wie viel?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Was sind Ihre Erwartungen und Ziele für die Therapie?		

Hiermit bestätige ich, dass meine Angaben vollständig und korrekt sind:

Datum	Unterschrift
-------	--------------