Patientenangaben

Vornamen, Name: _____ geb. am: _____

Straße:_____ Beruf:_____

PLZ und Wohnort:_____ _____

Telefon / Mobilnummer: _____email: _____

Ich bin mit dem Versand der Rechnung per email (als Downloadlink) einverstanden □ nein □ ja

Ich bin mit Kontakt (z.B. Terminerinnerungen) per email 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: _____

<u>Was führt Sie zu uns?</u>

□ 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			_____

Patientenangaben

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	_____
Multiples 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 oä	□ 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 □ Zahnspange □ 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.

V1/25