

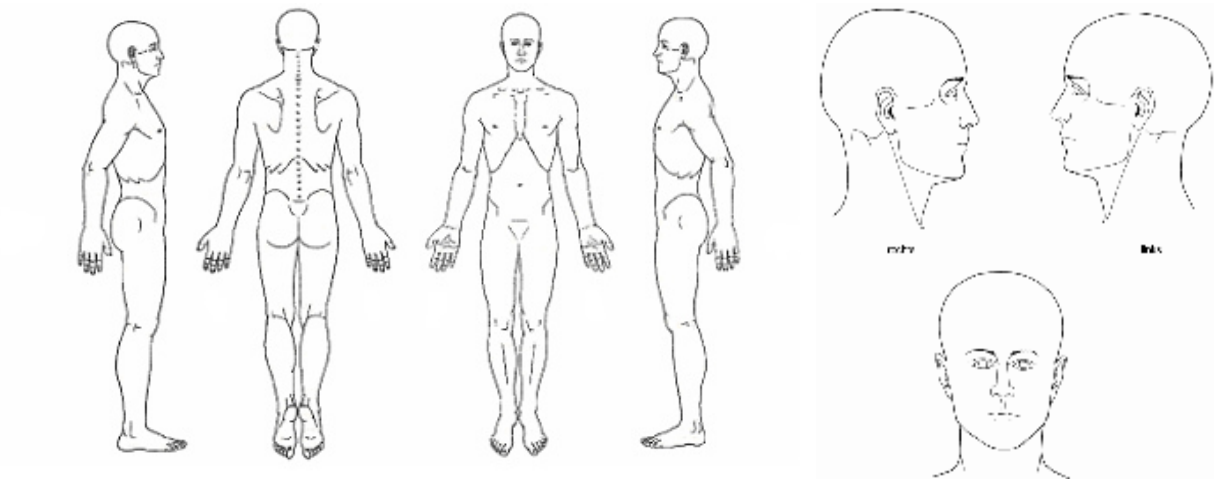
Sehr geehrter Patient! Mit diesem Fragebogen erleichtern Sie es uns die Erfragung für mögliche Ursachen Ihrer Beschwerden. Sie liefern uns damit wichtige Informationen für Ihre Behandlung. Alle Angaben sind streng vertraulich

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

berufliche Tätigkeit: _____

Was ist der Grund für Ihren Besuch? Welche Beschwerden haben sie?



Markieren Sie die genauen Schmerzlokaliosation und die Fläche der Schmerzausstrahlung

Wodurch werden diese Beschwerden ausgelöst? (z.B. Sturz, Unfall, Erkrankung, Stress, etc.)

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

Wie und wobei machen sich die Beschwerden bemerkbar? (Arbeit, Schlafen, Tageszeit, Stress, etc.)

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

Wodurch werden die Beschwerden verstärkt? (z.B. Kälte, Wärme, Medikamente, Bewegung, etc.)

Welche Therapiemaßnahmen sind bislang erfolgt und inwiefern haben sie geholfen?

Leiden Sie an chronischen und/oder schweren Krankheiten? (wenn ja, woran und seit wann?)

Haben Sie Probleme mit Ihren Zähnen? (z.B. Knirschen/Pressen, Paradontose, Wurzelbehandlungen, etc.)

Hatten Sie Unfälle, Verletzungen und/oder Krankenhausaufenthalte?

| Monat/Jahr | Art des Unfalls/ Verletzung/Operation/ Krankenhausaufenthalte | Zurückgebliebene Folgeschäden |
|-------------------|--|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Nehmen Sie Medikamente? Haben Sie über einen längeren Zeitraum Medikamente genommen?

| Medikament | Einnahmehäufigkeit | Einnahmezeitraum | Nebenwirkungen |
|-------------------|---------------------------|-------------------------|-----------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Wie ist Ihre Ernährung?

Wie viel trinken Sie täglich? Ca. _____ Liter

Was trinken Sie überwiegend? _____

Haben Sie Verdauungsprobleme? (z.B. Verstopfung, Blähungen, Durchfälle, Sodbrennen, Nahrungsmittelunverträglichkeiten, etc.)

Haben Sie Schlafstörungen? _____

Fühlen Sie sich leistungsfähig? _____

Gibt es in der Familie chronische Erkrankungen? (z.B. Krebs, Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Magen-Darmtrakt, etc.)

Trinken Sie Alkohol? Nein Ja, Wenn ja, Wie viel und wie häufig?

Rauchen Sie? Nein Ja, Wenn ja, Wie viel täglich?

Treiben Sie Sport? Nein Ja, Wenn ja, welchen und wie häufig?

Welches Ziel möchten Sie mit der Behandlung erreichen?

Sind sie aktuell schwanger?* Nein Ja

Haben Sie Kinder?* Nein Ja. Wenn ja, wie viele? _____

Wie haben Sie entbunden?* _____

Gab es Probleme während der Schwangerschaft?* _____

Leiden Sie an Menstruationsbeschwerden?* (z.B. Schmerzen, Unregelmäßigkeiten, etc.)

Haben Sie noch Fragen oder Anmerkungen?
