

PATIENTENFRAGEBOGEN

Name/Vorname: _____

Geb. Datum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Beruf: _____

Mail-Adresse: _____

1. Was sind Ihre momentanen Beschwerden? Weshalb kommen Sie zu mir?

1.2 Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden?

Z.B. Erkrankungen, Unfälle, Trauer, Kummer, Medikamente, Impfungen, etc.?

1.3 Haben sich die Beschwerden seit auftreten verändert?

Wann treten die Beschwerden auf (in Ruhe/in Bewegung)?

1.4 Wie stark sind die Schmerzen auf einer Skala von 0 bis 10 ?

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

keine Schmerzen

extreme Schmerzen

1.5 Was verbessert die Beschwerden?

1.6 Was verschlechtert die Beschwerden?

2. Welche Vorerkrankungen sind bekannt? Bitte ankreuzen:

- | | | |
|--|---------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Bluthochdruck | <input type="radio"/> Hautkrankheiten | <input type="radio"/> Gicht |
| <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Rheuma | <input type="radio"/> Fettstoffwechselstörung |
| <input type="radio"/> Magenerkrankung | <input type="radio"/> Asthma | <input type="radio"/> Lebererkrankung |
| <input type="radio"/> Tumorerkrankung | <input type="radio"/> Herzerkrankung | <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="radio"/> Nierenerkrankung | <input type="radio"/> Depression | <input type="radio"/> Gallensteine |
| <input type="radio"/> Sonstige _____ | | |

2.1 Hatten Sie Operationen? Wenn ja welche und wann waren diese?

2.2 Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?

2.3 Gibt es Erkrankungen die gehäuft in der Familie auftreten?

3. Welche der folgenden Aussagen treffen auf Sie zu?

Ich bitte Sie die folgenden Stichpunkte durchzulesen, anzukreuzen und ggf. zu erörtern. Vielen Dank.

- | | |
|---------------------|---|
| Allgemeine Schwäche | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Gewichtszunahme | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| | Zeitraum _____ |
| Gewichtsabnahme | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| | Zeitraum _____ |
| Kopfschmerzen | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| | Häufigkeit _____ |
| | Medikamente _____ |
| Sehstörungen | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Brillenträger | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Ohrgeräusche | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Rauchen | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| | Zigaretten/Tag _____ |
| Alkohol | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| | Wie häufig? _____ |
| Drogen | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| | Wenn ja welche? _____ |
| Erkältungen | <input type="radio"/> häufig <input type="radio"/> selten |
| Husten | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Auswurf | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |

»» weiter auf Seite 3 »»»»

ANDREA SANDEN

Praxis für Physiotherapie und Yoga

- Atemwegserkrankungen ja nein
› z.B. Asthma, COPD Wenn ja welche? _____
- Blutdruck normal erhöht zu niedrig
- Herzerkrankungen ja nein
Welcher Art? _____
Medikamente _____
- Allergien ja nein
Wenn ja welche? _____
- Sodbrennen ja nein
- Übelkeit ja nein
Wenn ja wie häufig? _____
- Verdauungsstörungen ja nein
- Durchfall ja nein
- Verstopfung ja nein
- Blähungen ja nein
- Diabetes ja nein
- Gelenkschmerzen ja nein
Wenn ja wo? _____
- Muskelkrämpfe ja nein
Wenn ja wo und wann? _____
- Drepressive Verstimmungen ja nein
- Nervosität ja nein
- übermäßiges Schwitzen ja nein
- häufiges Wasserlassen ja nein
- Tumorerkrankungen ja nein
- Osteoporose ja nein

Fällt Ihnen noch etwas ein, was Sie mir mitteilen möchten?

Vielen Dank für Ihre Mühe. Ich freue mich auf Sie!

Ort, Datum

Unterschrift