

Patientenfragebogen

Datum: _____

Titel: _____ Name: _____ Vorname: _____

Geburtstag: _____ Tel. Nr.: _____

Email: _____ Beruf: _____

Hobbies/Sport: _____

Allergien / Unverträglichkeiten: _____

Welche Medikamente nehmen Sie ein und wie häufig?: _____

Welche Vorerkrankung haben Sie? (z.B. Diabetes, Osteoporose, Bluthochdruck etc.): _____

Unfälle / OPs (Was, Wann): _____

Gibt es aktuelle Röntgen/MRT Bilder?: _____

Was ist Ihr Hauptproblem?: _____

Wo genau sind Ihre Beschwerden?: _____

Wann treten die Beschwerden auf? (morgens/abends/...): _____

Seit wann haben Sie dieses Problem und gab es diese Beschwerden schon einmal?: _____

Wie würden Sie Ihren Schmerz beschreiben? (z.B. ziehend/stechend/kribbelnd/dumpf): _____

Was haben Sie bisher zur Linderung Ihrer Beschwerden unternommen bzw. was macht Ihre

Beschwerden besser?: _____

Was macht Ihre Beschwerden schlimmer?: _____

Wie schätzen Sie die Intensität Ihres Schmerzes ein auf einer Skala von 1 bis 10?

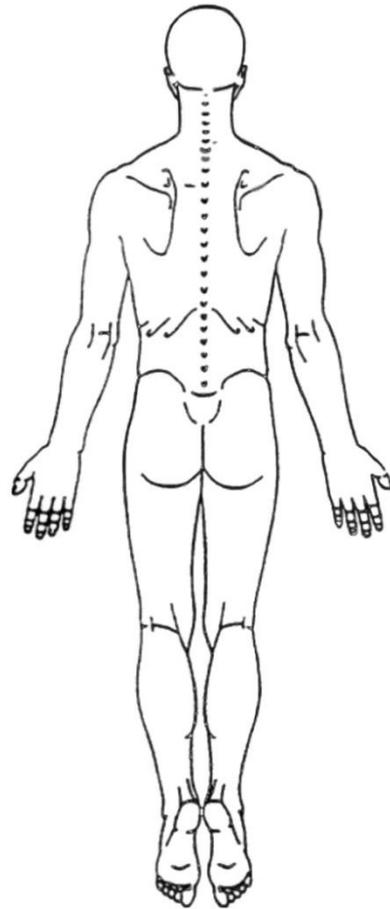
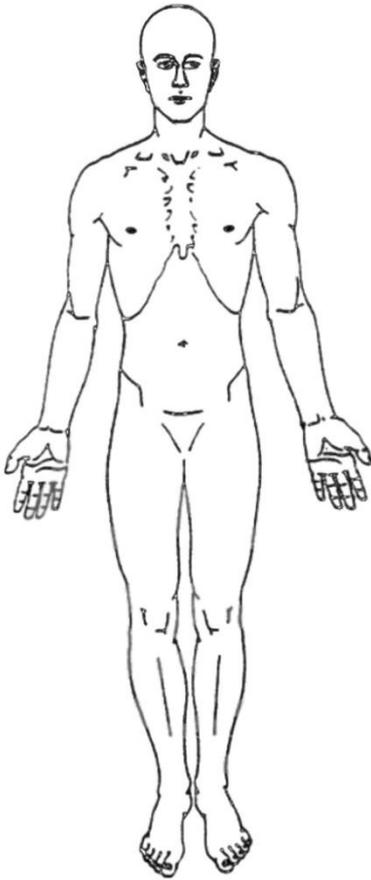
(1=kein Schmerz, 10=der schlimmste Schmerz den Sie sich vorstellen können)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Seit wann haben Sie diese Beschwerden?: _____

Was ist Ihr Therapieziel?: _____

Bitte tragen Sie ihre Schmerzlokalisation in dieser Körpertabelle ein und notieren Sie die Intensität von 1 (wenig) bis 10 (sehr stark).



Sonstiges:

Sollten Sie einen Behandlungstermin nicht einhalten können, stornieren Sie diesen bitte mindestens 24 Stunden vor Terminbeginn. Andernfalls bitten wir Sie um Verständnis, dass die Therapiezeit in Rechnung gestellt wird. Bei Verspätungen verkürzt sich die Behandlungszeit. Unsere AGB's gelten mit Ihrer Unterschrift als akzeptiert.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____