

Patientenfragebogen

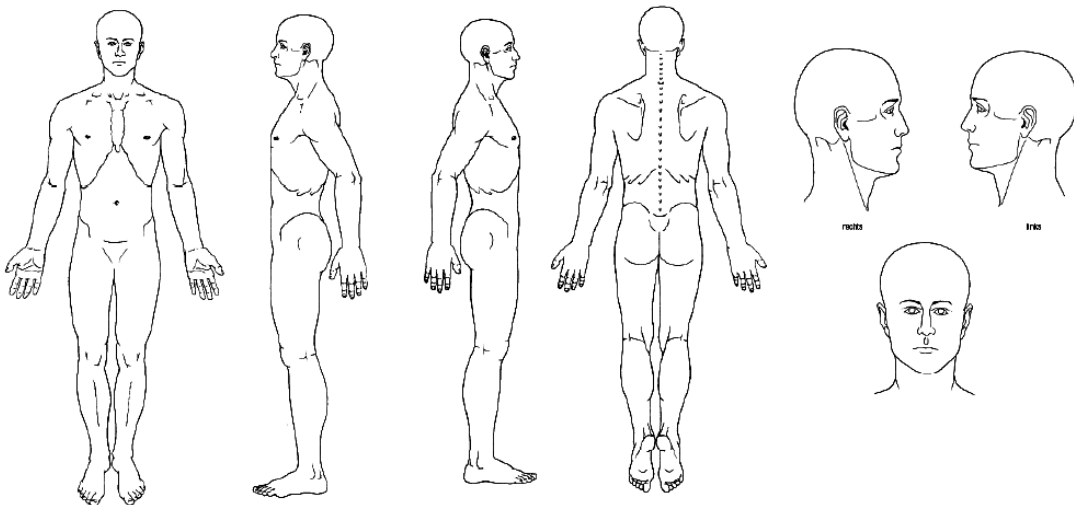
Name _____
 Vorname _____
 Geburtsdatum _____
 Anschrift _____
 Beruf _____
 Telefon/E-Mail _____

Aktuelle Beschwerden:

Welche Beschwerden haben Sie? (Bewegungseinschränkungen, Sensibilitätsausfälle, Muskelschwäche, Schmerzen...)

Bei Schmerzen:

- Wo treten die Schmerzen auf? (Bitte einzeichnen)



- Wie stark sind ihre Schmerzen? (Bitte in der Skala eintragen)



- Wie ist das Schmerzempfinden? (brennend, stechend, dumpf, bohrend,...)

Seit wann bestehen die Beschwerden?

Datum:

Wann treten die Beschwerden vorwiegend auf? (während körperlicher Belastung, in Ruhe, nachts.)

Gab es ein auslösendes Ereignis? (Trauma, seit Geburt, ...)

Was verschlimmert die Beschwerden? (körperliche Belastung, Nahrungsmittel, Stress, ...)

Was verbessert die Beschwerden? (Wärme, Kälte, Hochlagern, Bewegung, ...)

Allgemeines:

Bitte kreuzen sie im Folgenden an, wenn die genannten Dinge auf sie zutreffen:

Hatten Sie in ihrem Leben (auch Kindheit):

Unfälle, wenn ja welcher Art?

Schädeltraumen?

Knochenbrüche?

Ausgekugelte Gelenke?

Bänder-, Sehnen- oder Muskelrisse?

Bandscheibenvorfälle?

Krebs?

Kaiserschnitt-, Zangen- oder Saugglockengeburt?

Autoimmunerkrankungen

andere schwerwiegende Erkrankungen?

Allergien/Unverträglichkeiten(Hausstaub, Laktose, Gluten), wenn ja welche?

Operationen, wenn ja welche?

Jahr	Art des Eingriffs
------	-------------------

<hr/>	<hr/>
-------	-------

<hr/>	<hr/>
-------	-------

<hr/>	<hr/>
-------	-------

<hr/>	<hr/>
-------	-------

<hr/>	<hr/>
-------	-------

Leiden sie an einer der folgenden Störungen von Stoffwechsel, Hormonsystem oder inneren Organen?

- Diabetes Mellitus
- Cushing Syndrom
- Fettstoffwechselstörungen
- Störung der Schilddrüse
- Nierenerkrankungen
- Erkrankungen der Nebenniere
- Gicht /Hyperurikämie
- Lebererkrankungen
- Bluthochdruck
- Niedriger Blutdruck
- Herzerkrankungen
- Erkrankungen des Gefäßsystems
- Erkrankungen des Nervensystems

Gibt es in der Familie, wiederholt auftretende Erkrankungen, wenn ja, welche?

Zeigen Sie eines der im Folgenden genannten Symptome?

- Leistungsabfall
- Gewichtsverlust
- Appetitverlust
- Libidoverlust
- Stuhlveränderungen
- Starke Durst
- Urinveränderungen (auch Schwierigkeiten beim Wasserlassen)
- Schlafstörungen
- Nachtschweiß
- Husten und Auswurf
- Erhöhte Temperatur
- Schwindel
- Sehstörungen

Sind bei Ihnen in den letzten Wochen/ Monaten Infektionen, Entzündungen, Fieber oder Zeckenbisse aufgetreten?

Nehmen Sie derzeit Medikamente ein, wenn ja, welche?

Wie sah die bisherige Behandlung aus?
