

Liebe Patientin, lieber Patient,

Wir benötigen zu Ihrer bestmöglichen Behandlung einige Angaben.

Diese unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und werden nur zum Zwecke Ihrer Behandlung genutzt.

Sollten Sie Probleme beim Ausfüllen dieses Fragebogens haben, oder die Fragestellungen unklar sein, sprechen Sie uns bitte an.

Bringen Sie außerdem bitte alle aktuelle Befunde, Laborwerte, Röntgen oder CT/MRT Bilder mit. Und informieren Sie uns umgehend, wenn sich Ihre Medikation geändert hat.

Vielen Dank!

Name: _____

Vorname: _____

Geboren am: _____

Telefonnummer: _____

Adresse: _____

Email: _____

Beruf: _____

Größe: _____

Gewicht: _____

Empfehlung durch: _____

Versicherung:

- Gesetzlich
- Zusatzversicherung für Heilpraktiker
- Privat
- Beihilfe

Name der Versicherung/en: _____

Hausarzt oder ggf. behandelnder Facharzt: _____

Welche Beschwerden führen Sie zu uns? _____

Was haben Sie gegen Ihre Beschwerden bereits unternommen? z.B. Massagen, Physiotherapie, Spritzen, Stoßwelle etc.

Welche aktuellen Befunde liegen vor? z.B. Röntgenbilder, Laborwerte, etc.

Welche Erwartung haben Sie an unsere Behandlung?

Gab es operative Eingriffe? z.B. Blinddarm, Mandeln, Kaiserschnitt, künstliche Gelenke etc. (Angaben wenn möglich mit Jahr)

Hatten Sie einen Knochen- oder Weichteilbruch? z.B. Schienbeinbruch, Leistenbruch etc. (Angaben wenn möglich mit Jahr)

Hatten Sie Unfälle anderer Art? z.B. Schleudertrauma, Verletzungen innerer Organe etc. (Angaben wenn möglich mit Jahr)

Haben oder hatten Sie Infektionskrankheiten?

Haben oder hatten Sie Probleme mit Zähnen oder Kiefer? (Knirschen, Pressen, Kronen, Implantate, Weisheitszähne, Zahnspange, Knirscherschiene etc.)

Haben oder hatten Sie Beschwerden am Bewegungsapparat? (Wenn ja, welche?)

Haben oder hatten Sie eine psychische Erkrankung? (Wenn ja, welche?)

Haben oder hatten Sie eine Krebserkrankung oder Zellveränderung? (Wenn ja, welche und wann?)

Leiden Sie an Allergien oder Unverträglichkeiten? z.B. gegen Medikamente, Pollen, Hausstaub, Lebensmittel etc.

Welche Medikamente oder Nahrungsergänzungsprodukte nehmen Sie regelmäßig ein, oder haben Sie bis vor kurzem eingenommen?

Welche Medikamente oder Nahrungsergänzungsprodukte nehmen Sie gelegentlich ein?

Treiben Sie Sport? (Wenn ja, welchen und wie oft?)

Besteht ein Suchtproblem? (Rauchen, Alkohol, Medikamente, Drogen)

Wie hoch schätzen Sie Ihr Stresslevel ein? (Bitte auf der Linie markieren)

kein Stress _____ maximaler Stress

Herzlichen Dank.