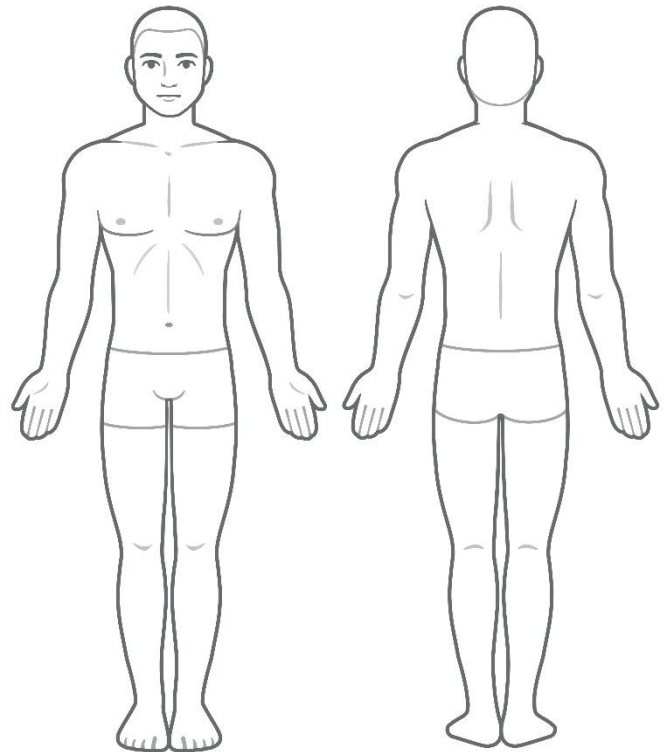


Allgemeiner Patientenfragebogen

Name / Vorname _____

Um Sie während Ihrer Zeit bei uns gut betreuen zu können, bitten wir Sie einige Fragen zu Ihrer Gesundheit zu beantworten. Die Beantwortung der Fragen ist freiwillig. Sollten Ihnen einige Fragen unklar erscheinen, lassen Sie diese zunächst frei und besprechen Sie die Notwendigkeit ihrer Beantwortung mit Ihrem behandelnden Therapeuten persönlich. Ihre Angaben sind selbstverständlich vertraulich und unterliegen dem Datenschutz. Es wird darauf hingewiesen, dass zu diesem Fragebogen eine verpflichtende datenschutzrechtliche Aufklärung gehört, die Ihnen von uns zu Ihrer weiteren Verfügung ausgehändigt wird.

1. Was ist der Grund für Ihren Besuch bei uns?
2. Wie und wo machen sich die Beschwerden im Alltag bemerkbar?
3. Seit wann bestehen die Beschwerden und wie haben sie sich seitdem verändert?
4. Welches Ziel wollen Sie durch die Therapie erreichen? Woran werden Sie es im Alltag merken, dass die Therapie erfolgreich ist?
5. Wodurch werden die Beschwerden ausgelöst?
6. Wie lassen sich die Beschwerden lindern?
 - Wärme
 - Kälte
 - Bewegung – welche?
 - Medikamente – welche?
 - Sonstige -
7. Wo treten Ihre Schmerzen auf?
Bitte markieren Sie genau den Schmerzort in der Skizze.



8. Wodurch werden die Beschwerden verstärkt?

- Wärme
- Kälte
- Bewegung – welche?
- Medikamente – welche?
- Sonstige –

9. Welche Therapien sind bisher erfolgt und wie haben diese geholfen?

10. Leiden Sie an einer chronischen und/oder schweren Krankheit?

- Ja
- Nein

Ja – Welche und seit wann?

11. Hatten Sie Unfälle oder schwere Verletzungen, die für die Behandlung wichtig sind?

- Nein
- Ja

Datum	Art des Unfalls/Verletzung	Zurückgebliebene Folgeschäden

12. Nehmen Sie zurzeit Medikamente, die wichtig für die Therapie sind?

- Nein
- Ja

Medikament	Einnahmehäufigkeit	Einnahme seit	Nebenwirkungen