

Allgemeiner Patientenfragebogen

Name, Vorname:	Geb.-Datum
Was ist der Grund für Ihren Besuch bei uns?	
Seit wann bestehen die Beschwerden und wie haben sie sich seitdem verändert?	
Welches Ziel möchten Sie durch die Therapie erreichen?	
Wodurch werden die Beschwerden ausgelöst?	
Lassen sich die Beschwerden lindern? (z.B. Kälte, Wärme, Medikamente, Bewegung, etc.)	
Wie und wo machen sich die Beschwerden im Alltag bemerkbar?	
Welche Therapien sind bisher erfolgt und wie haben diese geholfen?	
Leiden Sie an einer chronischen Krankheit und wenn ja an welcher?	
Haben Sie schon einmal eine schwere Krankheit durchgemacht? Wenn ja, welche?	

Hatten Sie Unfälle oder schwere Verletzungen?

Datum	Art des Unfalls / der Verletzung	zurückgebliebene Folgeschäden

Sonstiges

Hatten Sie schonmal einen Krankenhausaufenthalt?

Datum	Ursache

Nehmen Sie Medikamente ein? Regelmäßig oder akut?

Rauchen Sie?

Trinken Sie Alkohol?

Wie häufig fühlen Sie sich durch Stresssituationen belastet?

ständig <input type="checkbox"/>	häufig <input type="checkbox"/>	gelegentlich <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>			
----------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------	------------------------------	--	--	--

Haben Sie in den letzten Wochen stark an Gewicht verloren?

Unterschrift (bei Minderjährigen einschl. Erziehungsberechtigten)

Datum