



PRAXIS AM BÖKELBERG
Hempel • Fitzen • Ebel

Patientenfragebogen

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon:

E-Mail:

Krankenversicherung:

Gesetzlich

Privat

Beihilfe

Gibt es eine ärztliche Diagnose?

Nein

Wenn ja, welche:



PRAXIS AM BÖKELBERG
Hempel • Fitzen • Ebel

Fragen zu derzeitigen Beschwerden

Wo haben Sie die Beschwerden?

Wodurch entstehen die Beschwerden?

Wann treten die Beschwerden auf?

morgens tagsüber abends nachts in Ruhe bei Bewegung

Was verstärkt oder lindert die Beschwerden?

Welcher Art sind die Beschwerden/ Schmerzen?

ziehend stechend drückend pochend ausstrahlend

Haben Sie Empfindungsstörungen?

Lähmungen Kribbeln Taubheit

Worauf führen Sie die Beschwerden zurück?

privat beruflich Sport Unfall Operation Fraktur

Wie stark sind Ihre derzeitigen Beschwerden?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Welche Therapien sind schon durchgeführt worden?

Nehmen Sie Medikamente ein?

Nein Wenn ja, welche: _____

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?

Nein Wenn ja, welche: _____

Wurden Operationen bei Ihnen durchgeführt?

Nein Wenn ja, welche: _____

Hatten Sie Unfälle?

Nein

Wenn ja, welche: _____

Haben Sie Diabetes?

Nein

Wenn ja, welcher Typ? _____

Haben Sie Osteoporose?

Ja

Nein

Haben Sie Allergien?

Nein

Wenn ja, welche: _____

Rauchen Sie?

Ja

Nein

Trinken Sie Alkohol?

Ja

Nein

Nehmen Sie Drogen?

Ja

Nein

Hatten Sie einen Zeckenstich?

Ja

Nein

Weitere Bemerkungen:

Ich habe den Fragebogen nach bestem Wissen ausgefüllt,

Datum, Ort

Unterschrift Patient(in)