

Allgemeiner Patientenfragebogen

Nachname

Vorname

Geburtsdatum



Was ist der Grund für Ihren Besuch

Wie und wobei machen sich die Beschwerden im Alltag bemerkbar?

Welches Ziel wollen Sie durch unsere Therapie erreichen?

Woran werden Sie es im Alltag merken, dass die Therapie erfolgreich ist?

Wodurch werden die Beschwerden ausgelöst?

Wie lassen sich die Beschwerden lindern?

(z.B. Wärme, Kälte, Medikamente, Bewegung etc.)



Wodurch werden die Beschwerden verstärkt?

(z.B. Wärme, Kälte, Medikamente, bestimmte Bewegung etc.)

Seit wann bestehen diese Beschwerden und wie haben sie sich seitdem verändert?

Welche Therapien sind bisher erfolgt und wie haben diese geholfen?

Leiden Sie an einer chronischen und/oder schweren Krankheit?

Wenn ja, woran und seit wann?

Haben Sie schon einmal eine schwere Krankheit durchgemacht?

Wenn ja, welche und wann?

Persönliche Daten

Überweisender Arzt:			Arbeitsunfähigkeit seit:	10.01.2020
Diagnose:			Verordnung:	
Alter:	Größe:			
Familienstand:	Anzahl der Kinder:	Freizeitaktivitäten:		
Erlerner Beruf:			Jetzige Tätigkeit:	
Rauchen Sie?:	☒ Nein	☐ Ja		
Trinken Sie Alkohol?:				
	☒ Nein	☐ Ja		

Hatten Sie Unfälle oder schwere Verletzungen?

Datum	Art des Unfalls/der Verletzung	Zurückgebliebene Folgeschäden
05		
06		
06		
06		

Hatten Sie schon einmal einen Krankenhausaufenthalt?

Datum	Ursache
06	
06	
06	
06	

Nehmen Sie zurzeit Medikamente?

Medikament	Einnahmehäufigkeit	Einnahme seit	Nebenwirkungen
		06	
		06	
		06	
		06	
		06	