

# Patientenangaben



**Vornamen, Name:** \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

PLZ und Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon / Mobilnummer: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

Ich bin mit dem Versand der Rechnung per email (als pdf) einverstanden  nein  ja

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_ Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

bei Minderjährigen bitte zusätzlich Vorname / Name aller Sorgeberechtigten des Versicherten angeben:

\_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung durch \_\_\_\_\_  andere Ärzte  Telefonbuch  Internet

Geschlecht:  weiblich  männlich  divers

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

## **Was führt Sie zu uns?**

Ich habe aktuell keine Beschwerden, bin aus prophylaktischen Gründen hier

Meine Beschwerden bestehen seit: \_\_\_\_\_

akut  chronisch  treten in Schüben auf

in Ruhe  unter Belastung  nach Belastung

Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden?

Stress  Sturz  Autounfall  nicht bekannt  andere Ursachen \_\_\_\_\_

Schmerzzunahme durch: \_\_\_\_\_

Schmerzlinderung durch: \_\_\_\_\_

**Wie äußern sich die Beschwerden:**

(z.B. Kribbeln im Bein, ausstrahlende Schmerzen in den Arm,...) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Waren Sie schon in Behandlung mit Ihren Beschwerden?  nein  ja

Arzt  Chiropraktiker  Masseur  Heilpraktiker  Osteopath  Physiotherapeut

Name/ Anschrift: \_\_\_\_\_

Bisherige Therapiemaßnahmen? \_\_\_\_\_

aktuelle Befunde (Röntgen, Labor, MRT, CT,...) wann/bei wem? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

letzte Knochendichtemessung: \_\_\_\_\_

Kopfschmerzen / Migräne  nein  ja \_\_\_\_\_

Schwindel  nein  ja \_\_\_\_\_

Sehstörungen  nein  ja \_\_\_\_\_

Gesichtsschmerzen  nein  ja \_\_\_\_\_

Tinnitus  nein  ja \_\_\_\_\_

Schwindel (Dreh/Schwank/Lage)  nein  ja \_\_\_\_\_

Kieferprobleme  nein  ja \_\_\_\_\_

Rücken-/ Nackenschmerzen  nein  ja \_\_\_\_\_

Kribbeln/Taubheit /Krämpfe  nein  ja \_\_\_\_\_

Morgensteifigkeit  nein  ja \_\_\_\_\_

Schwächegefühl/Müdigkeit  nein  ja \_\_\_\_\_

Schluckbeschwerden  nein  ja \_\_\_\_\_

Herzrhythmusstörungen  nein  ja \_\_\_\_\_

Gelenkschmerzen  nein  ja \_\_\_\_\_

Blasenbeschwerden  nein  ja \_\_\_\_\_

Verdauungsstörungen /Blähungen  nein  ja \_\_\_\_\_

Magenbeschwerden Sodbrennen  nein  ja \_\_\_\_\_

Sonstige Beschwerden \_\_\_\_\_

## Patientenangaben

### Anamnese:

Nehmen Sie aktuell Medikamente:  nein  ja

Welche? / Welche Dosierung?

Schmerzmittel /Entzündungshemmer: \_\_\_\_\_

Blutverdünner (z.B. Marcumar/ASS): \_\_\_\_\_

andere Medikamente: \_\_\_\_\_

Nahrungsergänzungsmittel (Calcium, Magnesium, Vit D,...): \_\_\_\_\_

Schwangerschaft  nein  vielleicht  ja, \_\_\_\_\_Woche Stillzeit  nein  ja

Voroperationen: \_\_\_\_\_

### Vorerkrankungen:

Allergien  nein  ja gegen: \_\_\_\_\_

Nahrungsmittelunverträglichkeiten  nein  ja gegen: \_\_\_\_\_

Gefäßerkrankungen  nein  ja seit: \_\_\_\_\_

Herzinfarkt  nein  ja wann: \_\_\_\_\_

Schlaganfall  nein  ja wann: \_\_\_\_\_

Bluthochdruck  nein  ja seit: \_\_\_\_\_

Asthma /COPD  nein  ja seit: \_\_\_\_\_

Depressionen/Burn out  nein  ja wann: \_\_\_\_\_

Diabetes mellitus Typ1 / Typ2  nein  ja seit: \_\_\_\_\_

Schilddrüsenerkrankungen  nein  ja seit: \_\_\_\_\_

sonstige Stoffwechselerkrankungen  nein  ja seit: \_\_\_\_\_

Osteoporose  nein  ja seit: \_\_\_\_\_

Krebs /Tumorerkrankungen  nein  ja \_\_\_\_\_

Strahlen-/Chemotherapie  nein  ja \_\_\_\_\_

Cortisontherapie  nein  ja \_\_\_\_\_

Multiples Sklerose  nein  ja seit: \_\_\_\_\_

Epilepsie/Krampfleiden  nein  ja seit: \_\_\_\_\_

Schleudertrauma  nein  ja wann: \_\_\_\_\_

Bandscheibenvorfall  nein  ja wann: \_\_\_\_\_

Morbus Bechterew  nein  ja \_\_\_\_\_

Knochenbrüche  nein  ja \_\_\_\_\_

Rheuma / Fibromyalgie oä	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	festgestellt durch_____
Neurodermitis /Schuppenflechte	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Thrombose / Gerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
Geburten /Fehlgeburten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
Unfälle / Stürze	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____

Ich habe:  Brille  Zahnschiene  Zahnspange  fehlende oder tote Zähne  Einlagen  
 Schuherhöhung  Bandagen  Gehstock/Rollator  \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  nein  ja Wie viel?\_\_\_\_\_

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?  nein  ja Wie oft?\_\_\_\_\_

Treiben Sie Sport?  nein  ja Wie oft?\_\_\_\_\_

Welchen?\_\_\_\_\_

Sitzende/Stehende Arbeit?  nein  ja Wie lange pro Tag?\_\_\_\_\_

Schwere körperliche Arbeit?  nein  ja

Veganer? Vegetarier  nein  ja

Schlafen Sie nachts durch?  nein  ja

Wie häufig werden Sie wach? Warum?\_\_\_\_\_

Schnarchen/Zähneknirschen?  nein  ja

---

**Für ergänzende Angaben bitte die Rückseite benutzen!**

**Ich habe den Fragebogen vollständig gelesen und verstanden.**

**Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
 Ort Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift PatientIn, bei Minderjährigen Unterschrift der Sorgeberechtigten

Die aus der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) resultierenden Verpflichtungen werden, gemäß der Vorschriften, gesondert erfüllt und dokumentiert.