Name:_____
Datum:_____

Beruf:_____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
bitte füllen Sie den nachstehenden Fragebogen in Ruhe so vollständig als möglich aus. Dabei sind auch Angaben , die viele Jahre zurückliegen ggf. von Bedeutung. Bringen Sie diesen Bogen zur ersten Sitzung mit. Wenn Sie weitere Unterlagen zu Ihren Beschwerden haben (Röntgenbilder, Laborbefunde, andere Befunde etc.) bringen Sie diese ebenfalls mit. Außerdem wäre es schön, wenn Sie ein großes Handtuch mitbringen könnten**.**

Kurze Beschreibung der Beschwerden

_____

akut seit_____ chronisch seit_____

Wann treten die Beschwerden am stärksten auf ?

morgens tagsüber abends nachts nach Belastung in Ruhe permanent

Sie verstärken sich durch (z.B. bestimmte Bewegungen / Haltungen etc.) :

_____

_____

_____

Sie verbessern sich durch (z.B. Wärme, bestimmte Positionen etc.):

_____

_____

_____

Hatten Sie Unfälle oder schwerere Verletzungen, auch früher (Autounfälle, Stürze etc..):

_____

_____

_____

Wo und was wurde bezüglich der Beschwerden bisher untersucht:

Facharzt ja nein _____

Röntgen/ CT / MRT ja nein _____

Ultraschall ja nein _____

Labor ja nein _____

Wie wurde bisher therapiert?:_____

Medikamente:

Nehmen Sie ansonsten Medikamente ein?: _____

Physiotherapie / Krankengymnastik: ja nein

Was genau?:_____

_____

Hatten Sie aufgrund Ihrer Beschwerden oder sonstige Operationen?

_____

_____

_____

Haben oder hatten Sie folgende Symptome / Erkrankungen ?

Haben oder hatten Sie Beschwerden / Erkrankungen im Bereich

des Kopfes
nein ja welche

der Halswirbelsäule
nein ja welche

des Schultergelenkes
nein ja welche

des Ellenbogen / der Hand
nein ja welche

der Brustwirbelsäule
nein ja welche

der Lendenwirbelsäule
nein ja welche

der Hüftgelenke
nein ja welche

der Kniegelenke
nein ja welche

der Füße nein ja welche

Fersensporn Verstauchter Knöchel Achillessehnenbeschwerden

Haben oder hatten Sie unten aufgeführte Beschwerden / oder Symptome

	Zur Zeit	früher	Ab und zu	Häufiger
Schwindel	⑨	⑨	⑨	⑨
Tinitus / Hörsturz	⑨	⑨	⑨	⑨
Kopfschmerzen	⑨	⑨	⑨	⑨
Migräne	⑨	⑨	⑨	⑨
Kiefergeräusche	⑨	⑨	⑨	⑨
Zahnbehandlungen	⑨	⑨	⑨	⑨

Augenerkrankungen	⑨	⑨	⑨	⑨
Schleudertrauma	⑨	⑨	⑨	⑨
Steifen Nacken	⑨	⑨	⑨	⑨
Blockierungen in der Brustwirbelsäule	⑨	⑨	⑨	⑨
Ausstrahlende Schmerzen ins Bein	⑨	⑨	⑨	⑨
Rückenschmerz besonders in Ruhe	⑨	⑨	⑨	⑨
Hexenschuß	⑨	⑨	⑨	⑨
Bandscheibenvorfall	⑨	⑨	⑨	⑨
Leistenschmerzen	⑨	⑨	⑨	⑨
Schmerzen am Hüftknochen	⑨	⑨	⑨	⑨