

Befragungsbogen zur Krankengeschichte

Name, Vorname:

Geburtstag:

Adresse:

Versicherung:

Tel./ Mobil:

Zusatzversicherung:

@Mail:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, bitte beantworten Sie kurz und klar die nachfolgenden Fragen. Vielen Dank!

Familienstand:

Beruf (auch Hausfrau):

Haben Sie allgemeine Erkrankungen wie z.B. Herzerkrankungen, Lungenerkrankungen, Magen- Darm Erkrankungen, Schilddrüsenerkrankungen, Erkrankungen des Urogenitaltraktes, Infektionskrankheiten wie beispielsweise Hepatitis, HIV,...?

Für Frauen: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft/ sind Sie in den Wechseljahren?

Sind sie schon mal operiert worden? Wenn ja, wann und welche OP?

Haben Sie Allergien?

Haben Sie Fehlbildungen?

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche und wie oft?

Haben Sie Gerinnungsstörungen? Hatten Sie schon mal eine Thrombose?

Was führt Sie zu mir? Bitte beschreiben sie kurz und knapp ihre Hauptbeschwerden:

Seit wann bestehen diese Beschwerden?

Wie stark sind ihre Beschwerden? Bitte geben sie die maximale Stärke auf einer Skala von 0-10 an.

0 sind keine Beschwerden, 10 sind maximale Beschwerden/ Schmerzen.

0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

Wie häufig treten ihre Beschwerden auf? (z. B. täglich, mehrmals in der Woche, monatlich,...)

Können Sie ihre Beschwerden beeinflussen? (z.B. durch Ruhe, Bewegung, Wärme,...)

Gibt es Begleitbeschwerden? (z.B. Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Schwindel,...)

Hatten Sie Vorbehandlungen? (Injektionen, Operationen, Physiotherapie, Osteopathie, Reha)

Haben sie bezüglich ihrer Beschwerden einen Arzt aufgesucht? Gibt es Untersuchungsbefunde? (z.B. Laborbefunde, MRT oder CT Befunde)

Hobbys:

Machen Sie Sport? Welchen Sport? Wie oft führen Sie den Sport in der Woche aus?

Hat der Sport Einfluss auf Ihre Schmerzen?

Wie viel Bewegung haben Sie am Tag? (Anzahl der Schritte, fahren Sie mit dem Rad zur Arbeit, eine Runde mit dem Hund?)

Bitte beschreiben Sie kurz ihr Behandlungsziel!